NR 11 wiosna 2015
ISSN 1898-3987

System

KWARTALNIK DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

W dniach 6-7 marca 2015 roku w Hotelu Columna Medica w Łodzi odbyła się kolejna konferencja z cyklu Casemix pt.: „Kluczowe problemy organizacyjne związane z wdrożeniem i realizacją pakietu kolejkowego" - więcej na stronie 2 oraz 12.

Zapraszamy na kolejną konferencję z cyklu „Casemix" - Zasady prowadzenia list oczekujących oraz list oczekujących pacjentów onkologicznych - str 18-19

NA ROBOCZO

Porada recepturowa - nowe regulacje prawne

G - jak choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony

Leki off- label

ANGIELSKI DLA MEDYKÓW:

Zaburzenia wątrobowe, żołądkowo-jelitowe i żółciowe

Zauważone Odnotowane

78 Wiosenna Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego - VII Konferencja *Kardiologii Polskiej.*

8-9 maja | WISŁA

Tematyka konferencji: rewaskularyzacja mięśnia sercowego, diagnostyka i leczenie chorób aorty, zatorowość płucna, kardiomiopatia przerostowa oraz ocena ryzyka sercowo-naczyniowego przed zabiegami niekardiochirurgicznymi

◆

‚Postępy Onkologii Konferencja Interaktywna 2015

16 maja | GLIWICE

Program konferencji składać się będzie z siedmiu sesji, dotyczących najbardziej aktualnych informacji z zakresu rozpoznawania i leczenia nowotworów: skóry, płuca i opłucnej, układu pokarmowego, układu moczowego-płciowego oraz nowotworów ginekologicznych i nowotworów piersi.

◆

VII Ogólnopolska Konferencja *Promieniowanie Jonizujące w Medycynie*

1-2 czerwca | ŁÓDŹ

Poruszone zostaną tematy związane z narażeniem pacjenta na działanie promieniowania jonizującego w medycznych procedurach radiologicznych, a także omówiona zostanie wielkość narażenia medycznego w rentgenodiagnostyce, radiologii zabiegowej, radioterapii oraz medycynie nukleamej.

XIV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Kardiologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

19-20 czerwca | ZAMOŚĆ

Temat przewodni to: *Kardiologia ambulatoryjna od okresu płodowego do młodego dorosłego*.

◆

IX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Postępy Neuroimmunologii Klinicznej - Stwardnienie Rozsiane i Inne Choroby Demielinizacyjne

22 maja | POZNAŃ

Konferencja poświęcona głównie diagnostyce i terapii stwardnienia rozsianego oraz innych chorób demielinizacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Dedykowana jest przede wszystkim dla neurologów, neuropediatrów oraz lekarzy rodzinnych.

◆

Repetytorium Onkologiczne. Leczenie wspomagające.

18 czerwca | GLIWICE

17 września | POZNAŃ

Wybrane tematy, tj. zastosowanie czynników wzrostowych, leków wpływających na mineralizację kości, profilaktyki i leczenia nudności i wymiotów oraz inne, często budzące kontrowersje, zostaną zaprezentowane przez wybitnych specjalistów w dziedzinie onkologii. Każdy temat uzupełniony zostanie prezentacją przypadku klinicznego, będącego podstawą do dyskusji z wykorzystaniem interaktywnego systemu głosowania.

Żylna Choroba Zakrzepowo-Zatorowa - cykl konferencji

27 czerwca | GDAŃSK

26 września | KATOWICE

W programie konferencji m.in.: epidemiologia i patogeneza żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, diagnostyka i aktualne wytyczne profilaktyki i leczenia.

Pakiet kolejkowy

W dniach 6-7 marca 2015 roku w Hotelu Columna Medica w Łodzi odbyła się kolejna konferencja z cyklu Casemix pt.: „Kluczowe problemy organizacyjne związane z wdrożeniem i realizacją pakietu kolejkowego". Prowadzili szkolenie Rafał Janiszewski - właściciel kancelarii oraz Magdalena Siebielska-Gasek. Omówiono procedury udzielania świadczeń na rzecz chorych z kartą pacjenta onkologicznego oraz zasady współpracy z innymi podmiotami. Uczestnicy dowiedzieli się m.in. jak wdrożyć algorytmy postępowania wewnątrz placówki w zakresie realizacji tych umów. Znaczna część konferencji poświęcona była organizacji list oczekujących, a w tym konieczności dokonania zmian prowadzenia kolejki dotychczasowej oraz onkologicznej.

Szkolenia z cyklu „Casemix" prowadzone przez naszą kancelarię mają charakter interaktywny, dlatego też uczestnicy mają możliwość aktywnego udziału w omawianiu poszczególnych tematów.

Serdecznie zapraszamy do udziału w kolejnych szkoleniach.

4| Kasy fiskalne,
Rozwiązanie umowy o pracę,
Badania wstępne,
Płaca minimalna i dodatek za pracę w nocy

6| Nowości
w medycznym prawie

8| Leki off-label

10| Refundacja
leków w 2014 roku
- podsumowanie

13| G - jak choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki
i śledziony

15| Porada receptowa
– nowe regulacje prawne

16| Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych – alternatywna forma dochodzenia roszczeń przez pacjentów?

20| Angielski dla medyków

32| Ciekawostki medyczne

Drodzy czytelnicy

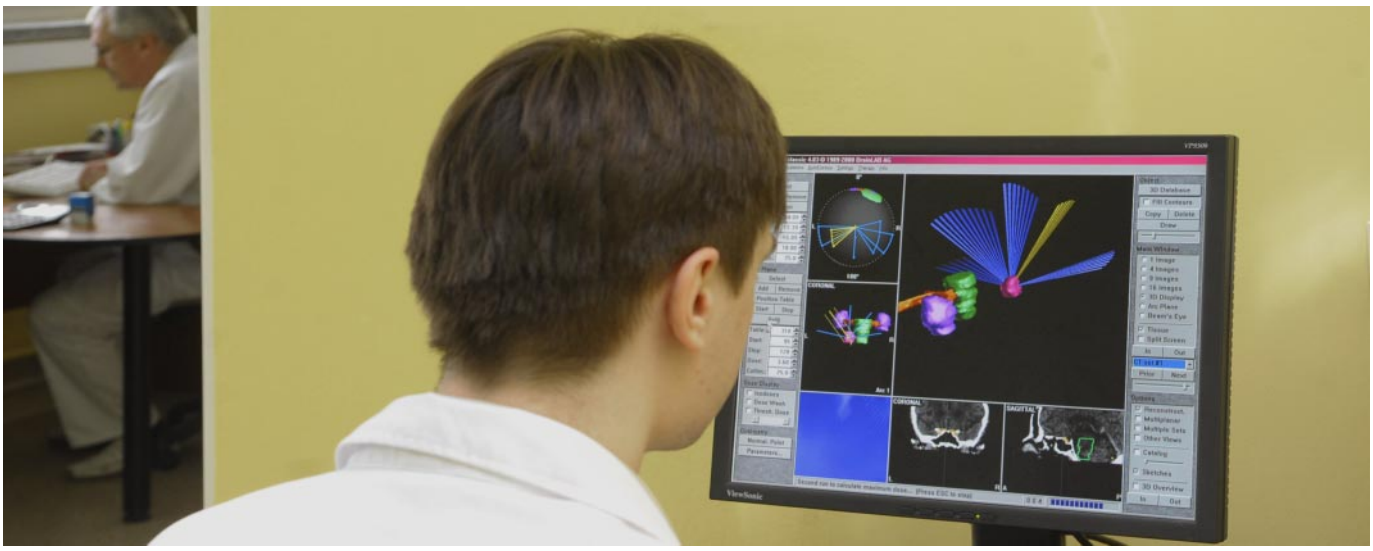
Ostygły pierwsze emocje po wdrożeniu pakietu onkologicznego, na pierwszy plan powracają bieżące sprawy związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej, rozliczeniami świadczeń i procedurami organizacyjnymi w podmiotach prowadzących działalność leczniczą.

Duże znaczenie ma sposób prowadzenia list oczekujących, bo przecież skrócenie kolejek jest jednym z priorytetów Ministerstwa Zdrowia. Tym zagadnieniom poświęcamy naszą najbliższą konferencję, z której szczegółową relację opublikujemy w kolejnym numerze.

Szereg zmian prawnych, które pojawiły się od początku 2015 roku, ma wpływ na realizację świadczeń dla pacjentów oczekujących na listach. W niniejszym numerze polecam artykuł Magdaleny Siebielskiej-Gasek, który jest swoistym preludium do naszej konferencji.

Ciesząc się z niezwykłej popularności naszego cyklu „Angielski dla medyków", zachęcam do kolejnego odcinka, zapowiadając w niedługim czasie odrębną publikację.

Rafał Janiszewski



Z „SYSTEMEM" trudne staje się łatwe. Pomagamy rozliczać świadczenia!

Kasy fiskalne, Rozwiązanie umowy o pracę, Badania wstępne, Płaca minimalna i dodatek za pracę w nocy

Ewa Niś

1. KASY FISKALNE OD 2015 ROKU - OBOWIĄZEK DLA LEKARZY

Podatnicy dokonujący sprzedaży na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych, mają obowiązek ewidencjonowania obrotów jak i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas fiskalnych. Posiadanie kasy nie jest wymagane w przypadku świadczenia usług wyłącznie na rzecz firm, organizacji lub organów administracji samorządowej.

Ministerstwo Finansów wydało nowe rozporządzenie dotyczące zasad stosowania kas fiskalnych oraz zwolnień z obowiązku ewidencji przez kasy fiskalne w latach 2015-2016 (Rozporządzenie Ministra Finansów z 4 listopada 2014r.)

Ze zwolnienia takiego nie mogą już korzystać m.in. lekarze i lekarze dentyści.

Podatnicy mogą korzystać ze zwolnienia z obowiązku stosowania kas fiskalnych:

1. Podmiotowego – ze względu na obroty, jeśli w roku poprzednim nie przekroczyły 20 000 zł ze sprzedaży towarów i świadczonych usług. W przypadku rozpoczęcia w poprzednim roku sprzedaży towarów lub świadczenia usług limit taki ustalany jest proporcjonalnie do okresów wykonywania tych czynności w poprzednim roku (§3 ust.1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących).
2. Podmiotowo-przedmiotowego – w przypadku podatników dokonujących sprzedaży towarów lub świadczenia usług wymienionych w części I załącznika do rozporządzenia w sprawie zwolnień z kas, jeśli w poprzednim roku podatkowym udział obrotów z tytułu sprzedaży w całkowitym obrocie podatnika był wyższy niż 80% (§ 3 ust.1 pkt 3 rozporządzenia).
3. Przedmiotowego – ze względu na rodzaj wykonywanych czynności wymienionych w załączniku do rozporządzenia.

W nowym katalogu czynności zwolnionych nie uwzględniono już zwolnień ze względu na niewielką liczbę odbiorców (nie więcej niż 50 usług i mniej niż 20 odbiorców) według starego rozporządzenia. Przewidziano natomiast zwolnienia z ewidencjonowania dla: usług nadawczych i elektronicznych (dotyczy usług telekomunikacyjnych), sprzedaży środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych podlegających amortyzacji (jeśli całość sprzedaży jest udokumentowana fakturą). Nie uwzględnia się w limicie obrotów 20 000zł sprzedaży środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych, sprzedaży nieruchomości.

W nowym rozporządzeniu zmieniono zapisy odnośnie zwolnień z ewidencji:

– zapłaty za pośrednictwem poczty, banku czy SKOK,
– usług notarialnych,
– usług transportu pasażerskiego,
– sprzedaży biletów.

Rozporządzenie obowiązujące od 2015 r. i wprowadza zmiany dotyczące podatników uprawnionych do korzystania ze zwolnień z obowiązku ewidencji przy zastosowaniu kas.

Nie stosuje się już zwolnień w przypadku niektórych dostaw m.in.:

– gazu płynnego,
– przyczep i kontenerów,
– sprzętu radiowego, fotograficznego,
– wyrobów tytoniowych i alkoholowych

oraz świadczenia usług m.in.:

– w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentystów,
– doradztwa podatkowego,
– usług fryzjerskich, kosmetycznych i kosmetologicznych

Przedsiębiorstwa wyłączone ze zwolnień od tego roku, które zostały założone przed 1 stycznia 2015, które nie przekroczyły limitu obrotu, mogą skorzystać z 2-miesięcznego okresu przejściowego i rozpocząć rejestrowanie sprzedaży przez kasy fiskalne od 1 marca 2015 r. Natomiast firmy założone już w 2015 roku mają 2 pełne miesiące od pierwszej sprzedaży na wdrożenie kasy fiskalnej. Ewidencji na kasie nie będzie konieczności stosować w przypadku świadczenia usług, które będą nabyte na rzecz pracowników (np. pracodawca obciąża pracownika kosztami pakietu medycznego).

Podatnicy rozpoczynający ewidencjonowanie obrotu mają prawo do zwrotu 90% ceny netto wydatkowanej na zakup kasy fiskalnej, jednak nie więcej niż 700 zł. Aby móc skorzystać z ulgi na zakup kasy fiskalnej, należy spełniać poniższe warunki:

1) przed terminem rozpoczęcia ewidencjonowania złożyć w urzędzie skarbowym pisemne zgłoszenie o liczbie kas i miejscu ich używania (w przypadku zamiaru korzystania tylko z jednej kasy, zawiadomienia można dokonać na formularzu zgłoszenia danych dotyczących kasy),
2) rozpocząć ewidencjonowanie obrotu i kwot podatku należnego nie później niż w obowiązujących terminach (art.2 ust.1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie odliczania i zwrotu kwot wydatkowanych na zakup kas rejestrujących) przy użyciu kasy nabytej, kiedy była objęta ważnym potwier-

ciąg dalszy na str. 10

dzeniem, że spełnia funkcje, kryteria i warunki techniczne.
3) posiadać dowód zapłaty całej należności za zakup kasy rejestrującej.

Odliczenie może być dokonane w deklaracji podatkowej VAT -7 za okres rozliczeniowy, w którym rozpoczęto ewidencjonowanie obrotu za pomocą kasy fiskalnej lub za okresy następujące po tym okresie rozliczeniowym.

W przypadku nie płatników podatku VAT zwrot kwoty wydatkowanej na zakup kasy dokonywany jest na wniosek podatnika składany do właściwego Naczelnika Urzędu Skarbowego.

Do wniosku należy dołączyć:
- dane określające imię i nazwisko lub nazwę podmiotu prowadzącego serwis kas, który dokonał fiskalizacji kasy rejestrującej,
- oryginał faktury potwierdzającej zakup kasy rejestrującej z dowodem zapłaty całej należności,
- informacje o numerze rachunku bankowego płatnika, na który należy dokonać zwrotu.

Podatnicy obowiązani są do zwrotu odliczonych lub zwróconych im kwot wydatkowanych na zakup kas rejestrujących w przypadku, gdy w okresie trzech lat od dnia rozpoczęcia ewidencjonowania:
- zaprzestaną działalności,
- nastąpi otwarcie likwidacji,
- zostanie ogłoszona upadłość,
- nastąpi sprzedaż przedsiębiorstwa lub oddziału, a następca prawny nie będzie dokonywał sprzedaży, o której mowa w art.111 ust 1 Ustawy o Vat,
- dokonają odliczenia z naruszeniem warunków § 2 i 3 Rozporządzenia w sprawie odliczania i zwrotu kwot wydatkowanych na zakup kas rejestrujących.

Podatnik, który nie dokona zainstalowania kasy rejestrującej i zgłoszenia tego faktu do właściwego Naczelnika Urzędu Skarbowego, podlega karze z Ustawy Karno-Skarbowej (mandat lub grzywna lub 30% sankcja w Vat).

2. ROZWIĄZANIE UMOWY O PRACĘ BEZ WYPOWIEDZENIA

Pracodawca może rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia z przyczyn niezawinionych przez pracownika:
1) z powodu choroby jeśli:
   - pracownik, dłużej niż 3 miesiące jest niezdolny do pracy, a był zatrudniony u tego pracodawcy krócej niż 6 miesięcy,
   - minął okres pobierania zasiłku chorobowego oraz pobierania przez 3 miesiące świadczenia rehabilitacyjnego (jeśli nadal jest chory) w przypadku pracowników pracujących 6 miesięcy i więcej,
   - niezdolność pracownika do pracy jest spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, obowiązuje wtedy taki sam okres ochronny jak w przypadku pracowników pracujących dłużej niż 6 miesięcy.
2) z powodu nieobecności usprawiedliwionej pracownika w przypadku:
   - odosobnienia z powodu choroby zakaźnej, jeżeli upłynął już okres pobierania z tego tytułu wynagrodzenia i zasiłku,
   - nieobecności pracownika z powodu opieki nad dzieckiem, jeśli upłynął okres otrzymania z tego tytułu zasiłku opiekuńczego,
   - jeśli nieobecność pracownika z innych przyczyn trwa ponad 1 miesiąc.

Jeśli pracownik, w okresie 6 miesięcy od rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia, z powyższych przyczyn zgłosi swój powrót do pracy niezwłocznie po ustaniu tych przyczyn, pracodawca, w miarę możliwości powinien ponownie zatrudnić pracownika.

Rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia może nastąpić również z winy pracownika w przypadku:
- ciężkiego naruszenia obowiązków pracowniczych,
- popełnienia przestępstwa, które uniemożliwia dalsze zatrudnianie go na danym stanowisku,
- utraty uprawnień niezbędnych do wykonywania dalszej pracy na zajmowanym stanowisku.

Pracownik również może rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia jeśli:
- po otrzymaniu orzeczenia lekarskiego potwierdzającego szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na jego zdrowie pracodawca nie przeniesie go na inne stanowisko odpowiednie do jego kwalifikacji,
- pracodawca dopuścił się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych.

3. BADANIA WSTĘPNE

Badanie wstępne pracowników nie jest obowiązkowe w przypadku ponownego przyjęcia pracownika u tego samego pracodawcy na to samo stanowisko lub o takich samych warunkach, jeśli umowa została zawarta w ciągu 30 dni od rozwiązania poprzedniej umowy z tym pracodawcą.

Od 1 kwietnia 2015 r. również w przypadku pracowników zatrudnianych u nowych pracodawców w ciągu 30 dni od wygaśnięcia poprzedniej umowy, takie badania nie będą konieczne.

Nie dotyczy to pracowników zatrudnianych do wykonywania prac szczególnie niebezpiecznych.

3. PŁACA MINIMALNA I DODATEK ZA PRACĘ W NOCY

W 2015 roku płaca minimalna wzrosła o 70 zł brutto w stosunku do płacy obowiązującej w 2014 roku i wynosi 1750 zł brutto. Kwota ta obowiązuje od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. Dodatek za pracę w nocy również uległ podwyższeniu. Każda przepracowana godzina w porze nocnej jest dodatkowo wynagradzana (20% stawki godzinowej wynikającej z minimalnego wynagrodzenia, art.1518 K.p.). Jak wynika z art. 1517 K.p. godziny nocne to 8 godzin między 21.00 a 7.00, natomiast pracodawca ma prawo skonkretyzować tę porę. Jeśli jednak nie zostaną wskazane dokładne godziny, to pracownikom przysługuje dodatek za pracę w nocy za całe 10 godzin.

Nowości w medycznym prawie

Magdalena Siebielska-Gasek

Początek roku 2015 zaowocował implementacją licznych przepisów opublikowanych jeszcze w 2014 r. Był to zatem czas komunikatów i instrukcji Płatnika. Czy rozwiały one wątpliwości realizatorów pakietu onkologicznego? Co jeszcze zmieniło się w zasadach udzielania i rozliczania świadczeń? Zapraszam do krótkiej refleksji.

Uchylenie przepisów przejściowych dla świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

W związku podpisaniem porozumienia między Ministerstwem Zdrowia a Porozumieniem Zielonogórskim wystąpiła konieczność uchylenia przepisów dotyczących zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie, gdy lekarze zrzeszeni w ramach Porozumienia Zielonogórskiego nie otwierali swoich gabinetów POZ.

Zgodnie z tym NFZ opublikował 12 stycznia 2015 roku nowe zarządzenie Nr 4/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. uchylające zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

Uchylono zarządzenie Nr 96/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.Zarządzenie to dotyczyło tymczasowego zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez realizacje ich w SOR oraz izbie przyjęć.

Pakiet onkologiczny - komunikat dotyczący rozliczania świadczeń

W związku z wątpliwościami dotyczącymi sprawozdawania i rozliczania świadczeń związanych z leczeniem onkologicznym w ramach umowy leczenie szpitalne - pakiet onkologiczny, Narodowy Fundusz Zdrowia uprzejmie informuje, że:

1) Świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta onkologicznego. mogą zostać rozliczone w ramach tzw. „zakresu skojarzonego nielimitowanego" – pakiet onkologiczny, w sytuacji, gdy realizacja świadczeń/nia nastąpiła zgodnie z określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1441) postępowaniem, tj. świadczenie udzielone zostało:
   – na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (KDiLO), o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach, pacjentowi, u którego w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy (określony wg ICO-10: C00 - C43, C45 - D03, D05 - D09),
   – zgodnie ze ścieżką postępowania terapeutycznego określoną przez zespół wielodyscyplinarny w „Planie leczenia",
   – w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.
2) W przypadku, gdy świadczenie nie zostało wykonane zgodnie z warunkami określonymi w wyżej wymienionym rozporządzeniu, albo w wyniku diagnostyki wykluczony został nowotwór, bądź rozpoznano niezłośliwą jego postać, rozliczenie takiego świadczenia będzie następowało w ramach właściwego zakresu podstawowego umowy.
3) W sytuacji, gdy pacjent został skierowany do szpitala bez wydania karty DiLO i wykonano zabieg usunięcia guza, np. mózgu, jajnika, jądra wraz ze stwierdzeniem nowotworu złośliwego (kod rozpoznania ICO-10 z zakresu C56, C62, C70 - C72), szpital zobowiązany jest wydać pacjentowi kartę DiLO celem dalszego leczenia onkologicznego w ramach „szybkiej terapii onkologicznej". Rozliczenie opisanej hospitalizacji następuje w ramach pakietu onkologicznego.

Kolejki Centralne - komunikat

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował komunikat dla świadczeniodawców dotyczący aplikacji Kolejki Centralne. NFZ informuje, że pod adresem https://dilo.nfz.gov.pl/ap-kolce/ została uruchomiona aplikacja Kolejki Centralne (AP-KOLCE). Aplikacja ta przeznaczona jest dla świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących na wybrane

ciąg dalszy na str. 12

świadczenia. Obecnie w aplikacji istnieje możliwość prowadzenia list oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej.

Warunkiem uzyskania przez świadczeniodawcę dostępu do systemu jest posiadanie konta w Portalu SZOI/Portalu Świadczeniodawcy. Instrukcja postępowania w celu uzyskania dostępu do systemu oraz obsługi aplikacji znajduje się w załączniku do komunikatu „Kolejki Centralne.Instrukcja użytkownika AP-KOLCE". W przypadku wątpliwości związanych z dostępem i obsługą aplikacji świadczeniodawca powinien skontaktować się z właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Listy oczekujących na: endoprotezoplastykę stawu biodrowego, endoprotezoplastykę stawu kolanowego, rewizję po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, rewizję po endoprotezoplastyce stawu kolanowego, zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka) świadczeniodawcy prowadzą w tej samej co dotychczas aplikacji.

Wydawanie karty DiLO przez felczera

Zgodnie z komunikatem Narodowego Funduszu Zdrowia karta wydana przez felczera nie będzie mogła stanowić postawy dla rozliczenia świadczeń szybkiej diagnostyki onkologicznej przez świadczeniodawców realizujących diagnostykę. Fakt wydania karty nie będzie mógł natomiast zostać przedstawiony do rozliczenia w takim przypadku.

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z udziałem felczerów powinni zatem uwzględnić powyższe w organizacji udzielania świadczeń w placówkach.

Tryb przyjęcia pacjentów z kartą DiLO

W związku z wątpliwościami dotyczącymi sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (karta DiLO), Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że do czasu nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U.2013.1447 z późn. zm.), w okresie przejściowym:

1. świadczenia udzielone w trybie stacjonarnym, zrealizowane na rzecz pacjenta onkologicznego na podstawie karty DiLO, należy sprawozdawać ze wskazaniem kodu trybu przyjęcia „7", bez podawania danych o skierowaniu;
2. świadczenia udzielone w trybie ambulatoryjnym, zrealizowane na rzecz pacjenta onkologicznego na podstawie karty DiLO, należy sprawozdawać ze wskazaniem kodu trybu przyjęcia „5", bez podawania danych o skierowaniu.

Kolejki Centralne od 1 kwietnia – komunikat NFZ

26 marca 2015 roku Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował komunikat dotyczący prowadzenia kolejek centralnych. NFZ informuje w komunikacie o tym, że uruchomił możliwość prowadzenia list oczekujących na świadczenia w poradniach z zakresu:

– onkologii,
– ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
– kardiologii,
– endokrynologii.

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (podstawowej opieki zdrowotnej; ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; leczenia szpitalnego; opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień; rehabilitacji leczniczej; świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; leczenia stomatologicznego; lecznictwa uzdrowiskowego; ratownictwa medycznego; opieki paliatywnej i hospicyjnej; świadczeń wysokospecjalistycznych; programów zdrowotnych) z wyłączeniem świadczeń z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Listy oczekujących na wyżej wymienione świadczenia wskazane świadczeniodawcy mają obowiązek prowadzić w aplikacji od 1 kwietnia 2015 r. Do końca marca 2015 r. listy oczekujących na te świadczenia powinny być przez świadczeniodawców założone i uzupełnione informacjami o osobach oczekujących według stanu na 31 marca 2015 r.

Programy lekowe – projekt zarządzenia

26.03.2015 roku Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował projekt nowego zrządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe). Wprowadzenie zmiany podyktowane jest opublikowaniem obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2015 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 marca 2015 r. (Dz. Urz. MZ, poz. 9).

Wprowadzone zmiany polegają na wskazaniu nowych wymagań dla nowych programów lekowych:

– Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych (ICD-10 G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2),
– Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem i epoprostenolem (TNP) (ICD-10 I27, I27.0),
– Leczenie parykalcytolem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych (ICD-10 N25.8).

Leki off-label

Magdalena Siebielska-Gasek

Farmakoterapia to niewątpliwie jedno z istotniejszych zagadnień realizacji świadczeń szpitalnych. Wśród newralgicznych obszarów tej kwestii można wskazać chociażby stosowanie leków własnych, odpowiedzialność związaną z racjonalną farmakoterapią, czy stosowanie leków poza wskazaniami charakterystyki produktu leczniczego. Dziś w Systemie przyjrzymy się bliżej lekom off label.

Kiedy działamy niezgodnie z CHPL-em?

W polskim prawodawstwie brak jest definicji czy też jasnych regulacji odnoszących się do leków off label. Przyjęło się zatem, iż określenie to odnosi się do stosowania leków w sposób odmienny od wytycznych Charakterystyki Produktu Leczniczego (CHPL).

Ten odmienny sposób stosowania odnosić się może przede wszystkim do wskazań medycznych. Mamy z nim doczynienia wówczas, gdy dany produkt leczniczy podawany jest w związku z leczeniem jednostki chorobowej, której nie wymieniono w CHPL. Dzieje się tak zwykle w związku z udowodnioną skutecznością w leczeniu danego schorzenia lekiem, co zwykle potwierdza literatura oraz doświadczenia praktyków - schorzenia, którego nie wymieniono w CHPL jeszcze lub też, które nigdy nie zostanie w nim wymienione.

Druga możliwość to stosowanie leku wprawdzie wobec schorzenia przewidzianego w charakterystyce produktu leczniczego, czyli teoretycznie zgodnie z jego zarejestrowanymi wskazaniami, niemniej jednak leczenie to skierowane jest do grupy docelowej innej niż przewidziana w CHPL-u, grupy wobec której nie ustalono dawkowania. Dotyczy to przede wszystkim dzieci czy też kobiet w ciąży. Dla grup tych najczęściej nie prowadzi się badań, zwłaszcza w aspekcie bezpieczeństwa dawkowania.

Trzecia sytuacja to zastosowanie leku z wykorzystaniem innej, niż zarejestrowana, drogi podania.

Za zgodą pacjenta

W każdym z powyższych przypadków terapeuta działa lub działać powinien świadomie, wiedząc iż stosowanie leku w danym przypadku odbiega od jego wskazań rejestracyjnych. Również pacjent lub jego opiekun prawny powinien mieć taką świadomość. Niewątpliwie działanie takie wymaga uzyskania jego zgody i to zgody w formie pisemnej.

Kwestie zgody na realizację świadczeń opieki zdrowotnej reguluje rozdział 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Co do zasady (wykluczając przypadki wyższej konieczności) na każdy rodzaj świadczenia należy uzyskać od pacjenta zgodę. Nie każde uzyskanie zgody jednakże wymaga zachowania jej formy pisemnej. I tak np. w przypadku badania lekarskiego uzyskuje się zgodę dorozumianą. Zgodę w formie pisemnej należy natomiast uzyskać w sytuacji zabiegu operacyjnego, albo zastosowania metody leczenia stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta.

W analizowanej sytuacji przesłanki związane z koniecznością uzyskania zgody pisemnej wydają się być niewątpliwe.

Oczywiście jej uzyskanie np. wobec każdego produktu leczniczego względem jego stosowania u dziecka nastręczać może problemów organizacyjnych.

Wyrażenie zgody na leczenie stanowi prawo pacjenta, jej uzyskanie zaś obowiązek lekarza, co bezsprzecznie wskazuje zarówno ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak i kodeks etyki zawodowej. Przy czym zarówno ustawa, jak i kodeks wskazują na leczenie odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz takie, które lekarz uzna za najskuteczniejsze (oczywiście po uzyskaniu stosownej zgody).

W ślad za tymi zapisami podąża brzemiennie deklaracji helisńskiej (art.37)

W leczeniu pacjenta tam, gdzie sprawdzone interwencje nie istnieją lub też okazały się nieskuteczne, lekarz, po

ciąg dalszy na str. 9

zasięgnięciu fachowej porady i uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego może zastosować interwencję o nieudowodnionej skuteczności, jeśli w ocenie lekarza daje ona nadzieję na uratowanie życia, powrót do zdrowia lub przyniesienie ulgi w cierpieniu.

Każdorazowo zgoda ta musi być świadoma, co oznacza iż skutki jej udzielenia oraz zaniechania powinny być pacjentowi lub jego opiekunowi prawnemu wyjaśnione. Osoba udzielająca zgody powinna mieć możliwość zadawania pytań i uzyskać kompletną informację.

Procedurę uzyskiwania zgody, zwłaszcza w oddziale szpitalnym warto prześledzić. Łatwo bowiem zidentyfikować cały obszar zgód, które bez trudu mogą zostać podważone względem tego, czy były świadome.

Na marginesie warto wspomnieć, iż zgoda na hospitalizację nie jest niczym innym jak zgodą na przebywanie w podmiocie leczniczym z zachowaniem zasad w nim panujących. Nie jest to jednakże jednocześnie zgodna na leczenie.

Czy działamy świadomie?

Uzyskanie zgody od pacjenta może jednakże odbyć się jedynie wtedy, gdy terapeuta zdaje sobie sprawę z tego, iż stosuje lek poza jego wskazaniami rejestracyjnymi.

Co jednakże w sytuacji, gdy tak nie jest? Niejednokrotnie w praktyce oddziału szpitalnego zlecenie farmakoterapii nie jest tożsame z jej realizacją.

I tak na przykład: lekarz dokonuje zlecenia leku oryginalnego. Apteka dysponuje natomiast wyłącznie lekiem generycznym, a zatem lekarz decyduje o jego podaniu. Drugą, podobną sytuacją jest podanie innego leku przez pielęgniarkę niż ten, wskazany w zleceniu lekarskim, bez informacji dla lekarza o wystąpieniu tego faktu.

W obu przypadkach może dojść do zastosowania leku poza jego wskazaniami rejestracyjnymi. Lek generyczny może bowiem nie posiadać wszystkich zarejestrowanych wskazań co lek oryginalny. I częstokroć ich nie posiada.

Lekarz musi zatem dysponować pełną wiedzą dotyczącą tego jaki lek zostanie podany pacjentowi. Niezbędne jest dokonanie stosownej zmiany w zakresie karty zleceń, w sytuacji zastosowania innego produktu leczniczego, a także konieczna jest weryfikacja wskazań rejestrowych zmienionego leku. W przypadku zastosowania leku, dla którego wskazania rejestracyjne nie są w pełni zgodne z pierwotnym farmaceutykiem, zaś stosowane leczenie wykraczać będzie poza CHPL, należy uzyskać zgodę pacjenta.

Nie sposób również nie wspomnieć o wcale nierzadkich sytuacjach, w których czy to lek oryginalny, czy też lek generyczny stosowane są w zakresie tradycyjnych wskazań, opartych na wieloletnim doświadczeniu. Często jednakże to doświadczenie nie przekłada się na zapisy charakterystyki produktu leczniczego.

Co nam grozi?

Leczenie bez zgody pacjenta, a za takie należy uznać stosowanie produktów leczniczych poza ich wskazaniami rejestracyjnymi wiąże się z odpowiedzialnością zarówno terapeuty (odpowiedzialność zawodowa i materialna) jak i podmiotu leczniczego (odpowiedzialność materialna). Stanowi ono bowiem naruszenie prawa pacjenta. Dziać się tak może w każdym przypadku, a nie tylko wówczas, gdy wystąpi zdarzenie medyczne. Niemniej jednak, jeśli już o nim mowa, warto przypomnieć, iż konsekwencje zastosowania produktów leczniczych mieszczą się w definicji zdarzenia medycznego.

W składanym wniosku do komisji wojewódzkiej, pacjent wskazuje nazwę podmiotu leczniczego, w którym do zdarzenia doszło. Niewątpliwie odpowiada zatem podmiot leczniczy. Podmiot ten może wystąpić z regresem względem terapeuty, co skutkować będzie odpowiedzialnością pracowniczą. Odpowiedzialności można upatrywać również na gruncie roszczeń sądowych.

Nie sposób nie wspomnieć również o Płatniku, który finansuje realizacje świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Pojęcie to jest z pewnością znacznie szersze niż charakterystyka produktu leczniczego, niemniej jednak charakterystyka mieści się w jego zakresie. Pamiętajmy, iż Płatnik nie finansuje świadczeń mających znamiona eksperymentów medycznych.

Pytanie zatem: czy stosowanie leku off label wiąże się z bezpośrednią korzyścią zdrowotną dla pacjenta i dotyczy sytuacji, gdy inne metody lecznicze są nieskuteczne? Czy też może farmakoterapia nie jest realizowana przez świadczeniodawcę w oparciu o informacje o konkretnym produkcie leczniczym?

Jak zwiększyć poziom bezpieczeństwa?

Zwiększenia poziomu bezpieczeństwa należy upatrywać przede wszystkim w odniesieniu do eliminacji możliwości stosowania leków poza ich wskazaniami w sposób nieświadomy. Tu pomocny może okazać się chociażby rzetelny receptariusz, będący narzędziem nie tylko dla farmaceuty, ale również dla lekarza.

Kiedy zaś decydujemy się na ich zastosowanie świadomie, należy uwzględnić kilka istotnych aspektów. Pierwszym z nich jest weryfikacja możliwości zastosowania metody leczenia z zakresu rejestracji produktów leczniczych. Drugim powinna być ocena korzyści w aspekcie aktualnej wiedzy medycznej. W wybranych przypadkach warto posiłkować się wiedzą i doświadczeniem innych terapeutów, a nawet opinią wojewódzkiego konsultanta z danej dziedzinie medycyny. Trzeci, bezwzględny krok, to uzyskanie świadomej zgody pacjenta. Czwarty, równie ważny co wcześniejsze element, to szczegółowe dokumentowanie przebiegu leczenia oraz zgłaszanie występowania zdarzeń niepożądanych.

Refundacja leków w 2014 roku - podsumowanie

Łukasz Puchalski

I kwartał każdego roku to czas, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia dokonują podsumowania działalności systemu opieki zdrowotnej w roku poprzednim. Takiej procedurze podlega również system refundacji. Płatnik opublikował dane dotyczące finasowania refundacji leków i wyrobów medycznych w 2014 roku. Jednak zanim do tego przejdziemy, warto szerzej, niż Fundusz, spojrzeć na cały rok.

Można powiedzieć, że już pierwszy dzień stycznia 2014 z punktu widzenia ustawy refundacyjnej jest bardzo ważny. Otóż zgodnie z art. 84 Ustawy 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696 z późn. zm) dzień ten był ostatecznym terminem, w którym to Rada Ministrów przedstawić powinna Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdanie z wykonania tej ustawy wraz z oceną skutków jej stosowania. Niestety na dzień dzisiejszy takie sprawozdanie nie zostało opublikowane.

Ustawowe akty zmieniające

W roku 2014 wprowadzono w życie dwa akty zmieniające. Pierwsza zmiana to Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Drugim aktem zmieniającym jest Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw. Pierwsza wymieniona w artykule ustawa wprowadza zapis dotyczący definicji Agencji Oceny Technologii Medycznych. Zgodnie z nowym zapisem oraz przyznanymi dodatkowymi funkcjami Aktualna nazwa to Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Kolejna Ustawa wyżej wymieniona wprowadza poniższe zmiany z ustawie refundacyjnej.

W art.2 w przypadku definicji odpowiednika (pkt. 14) dodano dwie pozycje:

d) pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.7))

e) pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z którymi Fundusz zawarł:

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub
– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

W art. 48 Ustawy wprowadzone zmiany wynikają bezpośrednio z zmiany wprowadzonej w artykule 2 (opisany powyżej). Należy więc zwrócić uwagę na zmianę zdania zawartego w ust.2.

Było:

2. Umowa upoważniająca lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, o którym mowa w art. 2 pkt 14 lit. b i c, do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony. Przepisy art. 42 stosuje się odpowiednio.

Jest:

Umowa upoważniająca osoby, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. b, c oraz e, do wystawiania recept refundowa-

nych zawierana jest na czas nieokreślony.

Dokonano również zmiany w ust. 4 wymienionego artykułu.

Było:

Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera albo starszego felczera. W przypadku, gdy właściwym do zawarcia umowy jest więcej niż jeden dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, umowa jest zawierana z każdym z tych dyrektorów.

Jest:

Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, pielęgniarkę lub położną.

Zmiany na listach leków refundowanych w 2014 roku

Ministerstwo zdrowia zgodnie z ustawą refundacyjną publikuje obwieszczenia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dany dzień. Co dwa miesiące pojawiało się kolejne obwieszczenie.

Obwieszczenie w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014 r dokonało następujących zmian:

- Obniżenie cen detalicznych 30 różnych substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość obniżki wyniosła 1,13 zł. Najwyższa obniżka dotyczyła preparatów z zakresu padaczki odpornej na leczenie.
- Podwyższenie cen detalicznych 20 substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość podwyżki wyniosła 0,65 zł. Najwyższa podwyżka dotyczyła substancji z zakresu schorzeń Alzheimera.

Obwieszczenie w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z 24 lutego 2014 roku dokonało następujących zmian:

- Obniżenie cen detalicznych 83 różnych substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość obniżki wyniosła 1,67 zł. Najwyższa obniżka dotyczyła preparatów z zakresu stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku.
- Podwyższenie cen detalicznych 26 substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość podwyżki wyniosła 2,5 zł. Najwyższa podwyżka dotyczyła substancji z zakresu schorzeń grzybicy skóry.
- 52 nowych leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego podlegało skróceniu decyzji o objęciu refundacją i braku kontynuacji refundacji.
- Objęto refundacją 125 nowych leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego.

Obwieszczenie w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z 23 kwietnia 2014 roku dokonało następujących zmian:

- Obniżenie cen detalicznych 62 różnych substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość obniżki wyniosła 1,19 zł. Najwyższa obniżka dotyczyła preparatów z zakresu Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa
- Podwyższenie cen detalicznych 27 substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość podwyżki wyniosła 1,08 zł. Najwyższa podwyżka dotyczyła substancji z zakresu niedoczynność kory nadnerczy. Choroby autoimmunologiczne, czyli spowodowane skierowaniem się odporności organizmu przeciwko własnym tkankom m.in.: choroba reumatyczna, reumatoidalne zapalenie stawów, liszaj rumieniowaty.
- 46 leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego podlegało skróceniu decyzji o objęciu refundacją i braku kontynuacji refundacji.
- Objęto refundacją 138 nowych leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego.

Obwieszczenie w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z 24 czerwca 2014 roku dokonało następujących zmian:

- Obniżenie cen detalicznych 48 różnych substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość obniżki wyniosła 2,42 zł. Najwyższa obniżka dotyczyła preparatu z zakresu zapobieganiu powikłaniom kostnym, np. złamaniom u dorosłych pacjentów z przerzutami nowotworowymi do kości (rozprzestrzenianie się nowotworu z pierwotnego miejsca występowania do kości); w celu zmniejszenia stężenia wapnia we krwi dorosłych pacjentów, w sytuacji, kiedy jego stężenie jest zbyt wysokie z powodu obecności nowotworu.
- Podwyższenie cen detalicznych 26 substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość podwyżki wyniosła 0,15 zł. Najwyższa podwyżka dotyczyła substancji z zakresu chorób psychicznych lub upośledzenia umysłowe.
- 77 leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego podlegało skróceniu decyzji o objęciu refundacją i braku kontynuacji refundacji.
- Objęto refundacją 165 nowych leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego.

Obwieszczenie w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywie-

ciąg dalszy na str. 12

niowego oraz wyrobów medycznych z 22 sierpnia 2014 roku dokonało następujących zmian:

- Obniżenie cen detalicznych 56 różnych substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość obniżki wyniosła 0,83 zł. Najwyższa obniżka dotyczyła substancji czynnej Pegfilgrastimum. Cenę obniżono do 121,91 zł.
- Podwyższenie cen detalicznych 7 substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość podwyżki wyniosła 4,52zł. Najwyższa podwyżka dotyczyła substancji z zakresu Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego.
- 15 leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego podlegało skróceniu decyzji o objęciu refundacją i braku kontynuacji refundacji.
- Objęto refundacją 36 nowych leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego.

Obwieszczenie w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z 22 października 2014 roku dokonało następujących zmian:

- Obniżenie cen detalicznych 47różnych substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość obniżki wyniosła 0,4 zł. Najwyższa obniżka dotyczyła substancji czynnej Acidum zoledronicum. Cenę obniżono do 20,56 zł.
- Podwyższenie cen detalicznych 10 substancji czynnych lub wyrobów medycznych. Średnia wartość podwyżki wyniosła 0,73 zł. Najwyższa podwyżka dotyczyła substancji czynnej Menotropinum – 5,89 zł.
- 13 leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego podlegało skróceniu decyzji o objęciu refundacją i braku kontynuacji refundacji.
- Objęto refundacją 46 nowych leków/środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego.

Podsumowując warto zwrócić uwagę na ilość nowych preparatów oraz ilość preparatów o jaką lista refundacyjna została skrócona lub skrócono zakres refundacji w danym leku. I tak w ciągu 2014 roku przybyło 510 preparatów, natomiast zniesiono lub skrócono decyzję refundacyjną w przypadku 203 produktów. Z roku na rok lista refundacyjna się powiększa, a tendencja ukierunkowana jest bardziej w stronę obniżania cen leków, co jest bardziej korzystne dla pacjentów, którzy muszą za leki płacić.

Fotografia z konferencji organizowanej przez naszą Kancelarię z cyklu Casemix pt.: „Kluczowe problemy organizacyjne związane z wdro- żeniem i realizacją pakietu kolejko- wego” - patrz str. 1 i 2.

G jak choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony

Grupy jednorodne oznaczone literą G służą do rozliczania hospitalizacji związanych z leczeniem wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony. Na co zwracać uwagę przy ich rozliczaniu? Co może być kwestionowane? Zachęcam do analizy.

Magdalena Siebielska-Gasek

Grup jednorodnych odnoszących się do postępowań diagnostyczno-leczniczych w zakresie schorzeń wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony, w katalogu grup jednorodnych ujęto 25. Przeważająca ich większość (16) służy do rozliczenia hospitalizacji zabiegowych, w tym związanych przede wszystkim z zabiegami dużymi, kompleksowymi a nawet rozległymi.
Nie brak jednakże również produktów właściwych dla postępowań określanych jako średnie, małe oraz diagnostyczne. Z uwagi na specyfikę świadczeń, również one znalazły miejsce realizacji w ramach oddziałów szpitalnych.

Rozliczając świadczenia zabiegowe, należy mieć na uwadze przede wszystkim poprawność dokumentowania zrealizowanych procedur medycznych, a także ich kodowania. Przypominam zatem o zasadzie szczegółowości kodów ICD-9. Wymaganym jest bowiem wskazanie najbardziej doprecyzowanej formy procedury, opisującej w najbardziej szczegółowy sposób określone postępowanie.

Dla zabiegów w zakresie wątroby dedykowano grupy jednorodne:
G01 Rozległe zabiegi wątroby 281 pkt
G11 Kompleksowe zabiegi wątroby 160 pkt
G12 Duże zabiegi wątroby 55 pkt
G13 Średnie zabiegi wątroby 22 pkt
G14 Małe zabiegi wątroby 10 pkt

Dla grupy G14 charakterystyka grup przewiduje warunek czasu hospitalizacji < 5 dni.

Warto w tym miejscu przypomnieć, iż w systemie rozliczeniowym pierwszy i ostatni dzień liczony jest jako jeden. Nadto przekroczenie tego czasu, a zatem zakwalifikowanie hospitalizacji do rozliczenia poprzez inną grupę jednorodną musi ściśle wynikać z przyczyn merytorycznych – być związane z koniecznością leczenia pacjenta. Nie może zaś wynikać z przyczyn organizacyjnych.

Wobec postępowań zabiegowych w zakresie trzustki wyróżniono następujące grupy:
G30 Przeszczepienie trzustki 1 524 pkt
G31 Kompleksowe zabiegi trzustki 305 pkt
G32 Duże zabiegi trzustki 115 pkt
G33 Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki z wprowadzeniem protezy samorozprężalnej 160 pkt
G34 Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki 83 pkt
G35 Zabiegi diagnostyczne dróg żółciowych i trzustki 50 pkt

Zabiegi względem śledziony ujęto w ramach grupy G42 i obejmują one procedury od otwartej biopsji, przez usunięcie zmiany po całkowitą splenektomię.

W katalogu znalazły się ponadto grupy dedykowane dla zabiegów przewodów żółciowych oraz wycięcia pęcherzyka żółciowego.

G24 czy G25?

W ostatnich latach miałam okazję czytać kilka protokołów pokontrolnych dotyczących rozliczania świadczeń wycięcia pęcherzyka żółciowego. Stawiany najczęściej przez kontrolerów zarzut to „dublowanie rozpoznań". Pod tym enigmatycznym hasłem kryje się błąd względem sprawozdawania rozpoznań współistniejących, w sytuacji rozliczania grupy G24 Wycięcie pęcherzyka żółciowego z pw *.

Dla rozliczenia realizacji postępowania wycięcia pęcherzyka żółciowego dedykowano dwie grupy jednorodne:
*G24 Wycięcie pęcherzyka żółciowego z pw **
*G25 Wycięcie pęcherzyka żółciowego **

Wycena w sytuacji występowania powikłań jest wyższa o 416 zł niż w przypadku braku ich występowania (3 692 zł vs 3 276 zł).

Grupa o wyższej wycenie jest właściwa dla sytuacji, w której u pacjenta stwierdzo-

ciąg dalszy na str. 14

no występowanie chorób współistniejących lub powikłań (lista Gpw).

Należy jednakże zwrócić uwagę, iż nie każdy układ rozpoznań: zasadniczy i współistniejący jest prawidłowy.

I tak np. rozpoznanie K80.0 Kamica pęcherzyka żółciowego z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego uwzględnia już występowanie w przebiegu kamicy pęcherzyka żółciowego ostre zapalenie pęcherzyka. Nie można zatem przy zasadniczym rozpoznaniu K80.0 wskazać jednostki oraz K81.0. Nadto rozpoznanie K81.0 Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, dotyczy stanów, w przebiegu których nie występuje kamica. Zatem wskazanie powyższego układu rozpoznań jest nieprawidłowe.

Na marginesie dodam, że rozpoznanie K81.0 Ostre zapalenie pęcherzyka wykazywane jest przez świadczeniodawców najczęściej wśród rozpoznań z listy Gpw. Oznacza to, że jako rozpoznanie zasadnicze wskazywane są jednostki inne niż kamica lub wykazywana jest kamica, co stanowi kolizję rozpoznań.

Postępowanie zachowawcze w ramach schorzeń wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony jest możliwe do rozliczenia poprzez 9 grup jednorodnych.

G16 Ostre choroby wątroby 58 pkt
G17 Przewlekłe choroby wątroby z pw > 5 dni 98 pkt
G18A Przewlekłe choroby wątroby bez pw > 17 r.ż. 42 pkt
G18B Przewlekłe choroby wątroby bez pw < 18 r.ż. 47 pkt
G26 Choroby dróg żółciowych 30 pkt
G28 Nowotwory dróg żółciowych 70 pkt
G36 Ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu 290 pkt
G37 Ostre zapalenie trzustki 58 pkt
G38 Przewlekłe choroby trzustki 55 pkt

G17 czy G18?

Grupy G17 oraz G18 odróżnia kwestia występowania schorzeń współistniejących oraz powikłań, a także czas hospitalizacji. Podobnie jak w każdej sytuacji, gdy możliwe jest rozliczenie grupy droższej, której wycena obejmuje leczenie powikłań, istotnym jest, by wymienione wśród schorzeń współistniejących jednostki były leczone w trakcie hospitalizacji oraz wpływały na jej przebieg, czas, koszt. Nie wykazuje się w tym miejscu schorzeń, które opisane zostały wyłącznie w wywiadzie, a nie dotyczyły bieżącej hospitalizacji. Grupy z uwzględnieniem powikłań/chorób współistniejących weryfikowane są pod kątem ich leczenia.

Drugą istotną kwestią jest czas hospitalizacji. Każdy dzień pobytu musi znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej, w tym przede wszystkim adnotacjach lekarskich, pielęgniarskich i karcie zleceń. Wydłużenie czasu pobytu celem możliwości rozliczenia grupy wyżej wycenionej będzie się wiązać z zastrzeżeniami podczas kontroli.

G36 czy G37?

Podobnie jak w przypadku powyżej, obie grupy służą do rozliczenia hospitalizacji związanej z leczeniem tegoż samego schorzenia: K85 Ostre zapalenie trzustki lub B26.3 Świnkowe zapalenie trzustki.

Grupa G36 wyceniona została jednakże znacząco wyżej. Służy ona bowiem do rozliczenia hospitalizacji, w trakcie których nie tylko leczono dodatkowe schorzenie (współistniejące lub powikłanie z listy Gpw), ale także wykonano 2 procedury medyczne z listy G1, np. ECPW, żywienie dojelitowe, RM, TK.

Czas pobytu pacjentów, których hospitalizacje rozliczono poprzez powyższą grupę to najczęściej około 2 tygodni. Nadto aż w 70% przypadków w trakcie pobytów pacjenci przebywali w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.

Na ciężki przebieg schorzenia wskazywać będzie również, a przynajmniej wskazywać powinna, dokumentacja medyczna.

Grupy G w pakiecie onkologicznym

Grupy jednorodne oznaczone literą G ujęte zostały również w katalogu świadczeń dedykowanych do rozliczenia jako nielimitowe w ramach tzw. pakietu onkologicznego. Będą one jednakże mogły być rozliczone w tej formie w sytuacji realizacji leczenia zgodnie z planem leczenia określonym przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, pacjentowi z kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

Warto jednakże zauważyć, iż nie wszystkie procedury medyczne ujęte w dotychczasowej charakterystyce grup jednorodnych, znalazły się w katalogu właściwym dla pakietu onkologicznego. W praktyce oznacza to, iż jedynie wybrane procedury medyczne będą mogły zostać rozliczone jako nielimitowe.

Reasumując:

Istotne znaczenie, przy rozliczaniu świadczeń diagnostyki i leczenia chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki oraz śledziony ma prawidłowość kodowania procedur medycznych oraz rozpoznanych jednostek chorobowych. Pamiętajmy nie tylko o obowiązku szczegółowości kodowania, ale również o tym, iż zarówno Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, jak i Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych, częstokroć zawierają dodatkowe opisy rozpoznań i procedur. Będą one niezbędne, by uniknąć popełnienia błędu w tym zakresie.

Drugim kluczowym elementem jest udokumentowanie zasadności czasu hospitalizacji oraz leczenia schorzeń określonych mianem współistniejących. To ich terapia będzie podstawowym elementem weryfikacji prawidłowości rozliczenia grup wyżej wycenionych, odnoszących się do hospitalizacji z powikłaniami.

Porada receptowa – nowe regulacje prawne

1 stycznia 2015 r. – w związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – weszła w życie nowa regulacja dotycząca orzekania o stanie zdrowia pacjenta bez jego osobistego zbadania, zmierzająca do wprowadzenia tzw. porady receptowej.

Dagmara Różyk

Przepis w nowym brzmieniu utrzymuje zasadę, że lekarz orzeka o stanie zdrowia pacjenta po uprzednim jego zbadaniu. Niewątpliwie zasada ta znajduje swoje uzasadnienie również oparcie w zasadach etyki lekarskiej. Zgodnie z art. 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość."

Na gruncie znowelizowanej ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewiduje się wyjątek od konieczności osobistego badania pacjenta, polegający na tym, że lekarz, znając stan zdrowia pacjenta (odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta), może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Ustawodawca wprowadza więc trzy warunki, których spełnienie jest niezbędne dla wystawienia „recepty zaocznej":

1) Wystąpienie konieczności kontynuacji leczenia – w ramach porady receptowej lekarz nie inicjuje procesu leczenia, a jedynie kontynuuje farmakoterapię. Elementem porady receptowej nie jest ani wywiad, ani badanie przedmiotowe.
2) Stan zdrowia pacjenta uzasadniający taką konieczność – należy tu przede wszystkim ocenić stabilność pacjenta, z uwzględnieniem ewentualnych zmian od czasu ostatniej wizyty.
3) Stan zdrowia pacjenta musi być odzwierciedlony w dokumentacji medycznej - sposób prowadzenia dokumentacji medycznej powinien być w analogiczny, jak w przypadku innych wpisów w dokumentacji medycznej (§ 42 ust. 4 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej).

Ponadto, zgodnie z art. 42 ust. 3 ustawy, recepta wystawiona na zasadach określonych powyżej może być przekazana:

1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;
2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

Jak wynika z uzasadnienia do projektu ustawy, recepta lub zlecenie będą mogły być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta albo przedstawicielowi ustawowemu, albo osobom trzecim, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączane do tej dokumentacji. Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta. Natomiast informacje o tym, kto odebrał taką receptę lub zlecenie, będą umieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączane do tej dokumentacji – umożliwi to wpisywanie tej informacji przez lekarza w dokumentacji medycznej albo sporządzenie tej informacji przez inną osobę zatrudnioną w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, w celu jej dołączenia do dokumentacji medycznej pacjenta.

Warto też zwrócić uwagę, że w związku z wejściem w życie rozporządzenia z 11 września 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept lekarskich zmianie uległy zasady wystawiania recept lekarskich. Wydłużono okres, na jaki może zostać wypisana recepta, a także zwiększono ilość leku, jakie lekarz może przepisać na jednej recepcie. Zgodnie z wprowadzonymi zmianami, lekarz może wystawić:

1) do 12 recept na występujące po sobie okresy stosowania (nieprzekraczające łącznie 360 dni stosowania), z zastrzeżeniem, że na jednej recep-

ciąg dalszy na str. 16

cie nie może zostać przepisany lek na więcej niż 120 dni stosowania,
2) do 16 recept na niezbędne pacjentowi leki recepturowe (wykonane w aptece), w postaci maści, kremów, mazideł, past lub żeli do stosowania na skórę – na maksymalnie 120-dniowy okres stosowania,
3) receptę na podwójną ilość leku recepturowego,
4) do 6 recept na środki antykoncepcyjne na następujące po sobie okresy stosowania (nieprzekraczające łącznie 6-miesięcznego stosowania),
5) receptę na ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego do maksymalnie 120-dniowego okresu stosowania.

Wprowadzenie powyższych zmian ma na celu ułatwienie pacjentom kontynuacji leczenia oraz uregulowanie istniejącej już w ochronie zdrowia praktyki wystawiania recept bez osobistego zbadania pacjenta. Stworzenie ram prawnych ma – wydaje się – pozwolić na rozwianie wątpliwości związanych z oceną prawidłowości takiej praktyki, dając lekarzowi wyraźną podstawę prawną dla ordynowania leków w trybie tzw. „porady receptowej".

Piśmiennictwo:

Ustawa o zawodzie lekarza (Dz.U.1997.28.152) Uzasadnienie
Kodeks Etyki Lekarskiej

Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych – alternatywna forma dochodzenia roszczeń przez pacjentów?

Dagmara Różyk

Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (zwana dalej :ustawą).

Zgodnie z art. 67a ust. 1 ustawy, wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w związku z zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:
1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Pacjent występujący z taki wnioskiem powinien jednakże uprzednio zapoznać się ze specyfiką postępowań przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w szczególności należy pamiętać, że:
1) podmiotem składającym wniosek jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta jego spadkobierca (art. 67b ust. 1 ustawy). Ustawodawca zakreśla roczny termin na złożenie takiego wniosku, liczony od pozyskania informacji o zdarzeniu medycznym, jednocześnie termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od zaistnienia takiego zdarzenia.
Wniosek podlega opłacie w wysokości 200 zł.
2) celem postępowania przed komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne i to w tym zakresie wydaje stosowne orzeczenie (art. 67j ust. 1).
Wojewódzka komisja nie bada natomiast rozmiaru szkody, ani też kwestii adekwatnego związku przyczynowego.
Orzeczenie doręcza się podmiotowi składającemu wniosek oraz kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, a także ubezpieczycielowi, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital – z działalnością którego wiąże się wniosek – zawarł umowę ubezpieczenia określoną w przepisach o działalności leczniczej.
3) komisja w celu ustalenia okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy może nie tylko wzywać do składania wyjaśnień kierownika podmiotu, czy osobę wykonującą w nim zawód medyczny, ale

ciąg dalszy na str. 17

także – w razie konieczności – zasięgnąć wiadomości specjalnych.

4) propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia przedstawia ubezpieczyciel. Ustawodawca wprowadza jedynie maksymalną wysokość odszkodowania w kwocie 300 000 zł w przypadku śmierci pacjenta oraz 100 000 zł w przypadku innych zdarzeń medycznych.

Wprowadzenie systemu pozasądowego dochodzenia roszczeń było realizacją zgłaszanego przez zainteresowane środowiska postulatu konieczności wprowadzenia systemu odpowiedzialności placówek opieki zdrowotnej, dającego prawo uzyskiwania przez pacjentów rekompensaty za szkody zdrowotne poniesione w związku z leczeniem na drodze pozasądowej, bez konieczności udowodnienia winy pracowników opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie takiej możliwości miało – w założeniu ustawodawcy – stworzyć tańszą, szybszą i bardziej dostępną ścieżkę dochodzenia roszczeń.

Pozornie taka forma realizacji uprawnień odszkodowawczych wydaje się być bardzo atrakcyjną alternatywą dla przewlekłych i kosztownych procesów sądowych. W pewnych wypadkach faktycznie może spełnić swoją rolę.

Z punktu widzenia praktyka nasuwają się jednakże pewne wątpliwości, których nie należy tracić z pola widzenia, decydując się na wybór takiej ścieżki.

Przede wszystkim należy podkreślić, że potwierdzenie przez komisję zdarzenia medycznego może ułatwić ewentualne postępowania sądowe. Orzeczenie przeciwne jednakże, o czym należy pamiętać, może zostać w postępowaniu wykorzystane na okoliczność braku błędu ze strony szpitala.

Kwestią, na którą warto także zwrócić uwagę, jest regulacja art. 67 i ust. 2 ustawy: „W posiedzeniach wojewódzkiej komisji, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel:

1) kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego;
2) ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital określony w pkt 1 zawarł umowę ubezpieczenia określoną w przepisach o działalności leczniczej.”

Z powyższego przepisu wynika, że tylko szpital i ubezpieczyciel mogą być reprezentowani przez przedstawiciela. Ustawodawca milczy natomiast w kwestii ewentualnego uczestnictwa pełnomocnika wnioskodawcy.

Niezwykle istotną – z punktu widzenia pacjenta – kwestią jest wysokość zaproponowanych odszkodowań. W świetle licznych doniesień prasowych proponowane kwoty są rażąco zaniżane, co stawia pod znakiem zapytania skuteczność stworzonego systemu.

Niezależnie od powyższego postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych może stanowić istotną alternatywę dla bardziej skomplikowanej, przewlekłej i kosztownej ścieżki sądowej, jednakże będzie to wymagało korekty funkcjonowania stworzonego systemu, wad proceduralnych oraz zwiększenia wysokości proponowanych rekompensat.

Piśmiennictwo:

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417)
2. Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3488).

Zapraszamy na konferencję z cyklu „Casemix”

Zasady prowadzenia list oczekujących oraz list oczekujących pacjentów onkologicznych

Szanowni Państwo,

Z wejściem w życie od 1 stycznia 2015 roku pakietu onkologicznego, zmieniły się przepisy dotyczące zasad prowadzenia i dokumentowania list oczekujących. Skutkuje to koniecznością zmiany organizacji udzielania świadczeń oraz wprowadzenia szeregu modyfikacji w wewnętrznych normach podmiotu prowadzącego działalność leczniczą. Podczas wykładów przedstawimy zarówno zmienione przepisy, jak i praktyczne aspekty ich wdrażania. Wspólnie ze mną zajęcia poprowadzi dr n. med. Beata Jagielska, która zaprezentuje własne doświadczenia z wdrażania systemu AP-KOLCE.

Gorąco zapraszam do udziału w konferencji, podjęcia dyskusji i wymiany doświadczeń.

Rafał Janiszewski

PROGRAM KONFERENCJI:

29.05.2015 r.

12:00 – Zakwaterowanie uczestników
13:00 – Obiad
14:00-14:45 – Zmiany ustawowe oraz zmiany aktów wykonawczych w zakresie list oczekujących.
15:00-15:40 – Implementacja przepisów w systemie finansowania świadczeń przez NFZ. Komunikaty, interpretacje oraz praktyki płatnika związane z wdrożonymi zmianami.
16:00-16:45 – Regulamin prowadzenia list oczekujących w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą. Propozycje zmian do obowiązujących przepisów. Rola Zespołu ds. Oceny Przyjęć.
17:00-17:45 – Pacjent onkologiczny z kartą DiLO na liście oczekujących. Czas oczekiwania, kontynuacja leczenia, plan leczenia. Pacjent onkologiczny bez karty DiLO - możliwe algorytmy postępowania.
18:00-18:45 – Kluczowe aspekty dokumentacji medycznej związane z udzielaniem świadczeń na rzecz pacjentów z list oczekujących.
19:30 – Kolacja.

30.05.2015 r.

8:00 – Śniadanie.
9:00-9:45 – Najczęściej występujące wątpliwości w interpretacji przepisów dotyczących kolejek. Ustalanie terminów, zmiany terminów przez pacjenta oraz zmiany terminów przez świadczeniodawcę. Przywracanie na listę oczekujących oraz zasady skreśleń. Sesja pytań i odpowiedzi.
10:00-10:45 – AP-KOLCE - umiejscowienie w systemie udzielania świadczeń. Kluczowe elementy systemu z perspektywy płatnika. Kontrole NFZ.
11:00-13:00 – Praktyczne aspekty wdrażania nowych zasad prowadzenia listy oczekujących w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą.
13:00 – Obiad i zakończenie konferencji. Organizator zastrzega sobie prawo zmiany kolejności tematów z uwagi na otwarty charakter zajęć.

INFORMACJE ORGANIZACYJNE:

Konferencja odbędzie się w dniach 29-30 maja 2015 roku w Hotelu Columna Medica w miejscowości Łask, koło Łodzi. Hotel o specjalizacji rehabilitacyjnej oferuje dla swoich gości wiele atrakcji. Uczestnicy konferencji mają możliwość skorzystania z kompleksu basenowego, sauny suchej i parowej, jacuzzi, słonecznej łąki (opalizujące solarium) oraz pokoju relaksu.

Koszt uczestnictwa

Koszt uczestnictwa to 1230 zł netto i zawiera zakwaterowanie, wyżywienie (zgodnie z programem) oraz materiały konferencyjne (w wersji papierowej i elektronicznej).

Ośrodki, które mają podpisaną umowę z NFZ nie muszą powiększać podanej kwoty o VAT, gdyż usługi szkoleniowe finansowane ze środków publicznych są zwolnione z podatku.
W przypadku zgłoszenia 2 i więcej osób udzielimy 10% rabatu.

Zgłoszenia można wysyłać na nasz fax: (022) 625 73 99 bądź na adres e-mail: *ewelina.wojcik@juz.org.pl*

Termin przysyłania zgłoszeń upływa: 22 maja 2015 r.

W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt z Panią Eweliną Wójcik pod numerem tel.: **697 602 707**

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W KONFERENCJI Z CYKLU „*Casemix*”

Zasady prowadzenia list oczekujących oraz list oczekujących pacjentów onkologicznych

Termin: *29-30 maja 2015 r.*
Miejsce: *Hotel Columna Medica, ul. Wakacyjna 8, 98-100 Łask/k. Łodzi*

Dane Zamawiającego:

Nazwa i adres placówki:		
Telefon:	Fax:	NIP:
E-mail:		
Osoba odpowiedzialna za kontakt:		

Imię i nazwisko uczestnika:	Stanowisko:	Koszt
1.		**Koszt** : 1230 zł netto **Zgłoszenia:** do 22.05.2015 r.
2.		
3.		
4.		
5.		

***Proszę o zaznaczenie rodzaju pokoju: jednoosobowy lub dwuosobowy**

<u>Ogólne zasady uczestnictwa:</u>

1. Udział w konferencji należy potwierdzić najpóźniej do 22 maja 2015 r.
2. Po otrzymaniu potwierdzenia zostanie przygotowana faktura proforma.
3. Po opłaceniu faktury proforma, zostanie wystawiona faktura VAT.
4. Wypełniony formularz zgłoszeniowy prosimy przesłać na nr faksu (022) 625 73 99 lub za pomocą poczty elektronicznej: ewelina.wojcik@iuz.org.pl

Imię i nazwisko osoby akceptującej: _____

_____ Data

_____ Pieczątka i podpis osoby akceptującej

Kancelaria Doradcza – Rafał Piotr Janiszewski
00-490 Warszawa; ul Wiejska 12/IV p.
tel. 22/ 745 53 60; fax 22/ 625 73 99
mail: kancelariajaniszewski@iuz.org.pl; www.kancelariajaniszewski.pl

IV. ZABURZENIA WĄTROBOWE, ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE I ŻÓŁCIOWE

Terminy: **Drogi żółciowe, przepona, soki trawienne, dwunastnica, pęcherzyk żółciowy, układ wrotny wątroby, hepatocyty, jelito, płaty, trzustka.**

WPROWADZENIE

Wątroba jest ważącym około 1,5 kg, ciemnoczerwonym, łódkowatym w kształcie narządem, wypełniającym górną, prawą część brzucha pod przeponą. Jednostki strukturalne wątroby – płaty – utworzone są z komórek wątroby(hepatocytów), cienkich rozgałęzień żył i arterii wątrobowych oraz przewodów żółciowych.

Bogata w składniki odżywcze krew napływa z jelit poprzez układ wrotny wątroby i jest filtrowana przez płaty. Najważniejszą funkcją wątroby jest magazynowanie i uwalnianie dającego energię cukru krwi (glukozy), rozdzielanie i przetwarzanie witamin i minerałów, rozkładanie toksyn na mniej szkodliwe substancje oraz przetwarzanie komórek krwi.

Żółć pomaga w rozkładzie tłuszczów (lipidów) w jelicie cienkim. Wątroba wydziela do jednego litra żółci dziennie. Żółć przechodzi wzdłuż lewego i prawego kanału wątroby z w dwóch płatów wątrobowych, a następnie wzdłuż przewodu żółciowego wspólnego do pęcherzyka żółciowego. Pęcherzyk ten zawiera około 50 ml skoncentrowanej żółci i jest gotowy do uwolnienia swojej zawartości po posiłku. Żółć płynie wzdłuż przewodu żółciowego, aby wejść do pierwszej części jelita cienkiego, dwunastnicy.

Trzustka produkuje około 1,5 litra soków trawiennych zawierających enzymy trawienne, które rozkładają tłuszcze, białka i węglowodany. Płyn przepływa do przewodów trzustkowych i wypycha soki do dwunastnicy.

Żołądek jest najszerszą częścią przewodu pokarmowego. Jest narządem o muskularnych ściankach, w którym żywność jest przechowywana, ubijana i mieszana z sokami żołądkowymi wydzielanymi przez jego wyściółkę. Proces ten rozpoczyna się chwilę po dostaniu się jedzenia z przełyku do żołądka. Soki żołądkowe zawierają enzymy trawienne oraz kwas solny, który rozkłada jedzenie i zabija potencjalnie szkodliwe mikroorganizmy. Gładkie warstwy mięśni na ścianie żołądka kurczą się, aby połączyć i wycisnąć półpłynną mieszaninę żywności i soków żołądkowych.

Jelito cienkie – dwunastnica, jelito czcze i jelito kręte tworzą jelito cienkie. Pierwsza część tego odcinka, otrzymuje przetworzony z żołądka chymus, jak również wydzielinę trawienną z żołądka, wątroby (w tym żółć) i trzustki. Zarówno jelito czcze, jak i jelito kręte, są długie i zwinięte, ale jelito czcze jest grubsze i nieco krótsze od jelita krętego. W jelicie cienkim, chymus ulega dalszemu rozkładowi przez soki trzustki, żółć i wydzielinę z jelit w taki sposób, że składniki odżywcze mogą być wchłaniane do krwioobiegu. Ruchy mięśni, które mieszają i napędzają płynną treść pokarmową w jelicie cienkim to ruchy segmentacyjne i perystaltyczne.

Jelito grube jest ostatnią częścią przewodu pokarmowego i składa się z trzech głównych odcinków – kątnicy, jelita grubego i odbytnicy. Kątnica jest krótkim woreczkiem, który łączy jelito cienkie z jelitem grubym, ma około 1,5 m długości. Okrężnica zmienia płynne odpady pokarmowe w bardziej stałą postać, która organizm wydala jako kał poprzez odbytnicę i odbyt.

IV. HEPATIC, GASTROINTESTINAL AND BILIARY DISORDERS

Key words:

Bile ducts, Diaphragm, Digestive juice, Duodenum, Gallbladder, Hepatic portal system, Hepatocytes, Intestine, Lobules, Pancreas.

INTRODUCTION

Liver is weighing about 1,5 kg, the dark red, wedge-shaped organ, which fills the upper right abdomen below the diaphragm. The liver structural units - lobules - are made up of liver cells (hepatocytes), tiny branches of the hepatic artery and vein, and bile ducts.

Nutrient-rich blood arrives from the intestines via hepatic portal system and filters through the lobules. The most important function of the liver is storing and releasing blood sugar (glucose) for energy, sorting and processing vitamins and minerals, breaking down toxins into less harmful substances and recycling the blood cells.

Bile assists the breakdown of fats (lipids) in the small intestine. The liver secretes up to one litre of bile daily. The bile passes along the left and right hepatic ducts from the liver's two lobes, then along the common hepatic and cystic duct to the gallbladder. This sac holds around 50 ml of concentrated bile and is ready for release after a meal. The bile flows along the cystic duct to enter the first part of the small intestine, the duodenum.

Pancreas produces around 1,5 litre of digestive juice containing enzymes that break down lipids, proteins and carbohydrates. The fluid flows into the pancreatic ducts and empty the juices into the duodenum.

Stomach is the widest part of the digestive tube. It is a muscular-walled organ in which food is stored, churned and mixed with gastric juices secreted by its lining. This process begins moments after food enters the stomach from the oesophagus. Gastric juices include digestive enzymes and hydrochloric acid, which breaks down food and kill potentially harmful microbes. The smooth muscle layers of the stomach wall contract to combine and squeeze the semiliquid mix of food and gastric juices.

Small intestine – the duodenum, jejunum and ileum make up the small intestine. The first section, receives processed chime from stomach and also digestive secretions from the liver (including bile) and the pancreas. The jejunum and ileum are both long and coiled, but the jejunum is thicker and slightly shorter than the ileum. In the small intestine, chime is broken down further by pancreatic juices, bile and the intestine's own secretions, so that nutrients can be absorbed into the blood and lymph circulations. The muscular movements that mix and propel liquid food in the small intestine are segmentation and peristalsis.

Large intestine is the final part of the digestive tract and comprises of three main regions - the caecum, colon and rectum. The caecum is a short pouch that links the small intestine to the colon, which is around 1,5 m long. The colon changes liquid digestive waste into a more solid form that the body excretes as faeces via the rectum and anus.

STAWIANIE DIAGNOZY w chorobach przewodu pokarmowego

Stan jamy ustnej;
Trudności w połykaniu;
Niestrawność;
Pieczenie;
Ból brzucha;
Zmiany masy ciała;
Częstotliwość defekacji;
Cechy/Właściwości odchodów;
Historia chorób przewodu pokarmowego.

OBJAWY
Ból brzucha;
Wymioty;
Biegunka;
Zaparcia.

ZABURZENIA WĄTROBOWE I ŻÓŁCIOWE

ŻÓŁTACZKA

Jest to objaw, a nie choroba, i wynika z problemów na zewnątrz lub wewnątrz wątroby. Jest wynikiem nadmiernego stężenia bilirubiny.

a) Żółtaczka hemolityczna/przedwątrobowa

Żółtaczka tego typu występuje w wyniku zwiększonego rozkładu lub degradacji hemoglobiny.

Ten typ żółtaczki charakteryzuje się:

- Niezdolnością wątroby do szybkiego koniugowania bilirubiny;
- Zwiększeniem stężenia bilirubiny koniugowanej w surowicy krwi;
- Brakiem lub zmniejszoną ilością bilirubiny w moczu;
- Wzrostem urobilinogenu w moczu i kale;
- Ciemnymi brązowymi odchodami.

Przyczyny

- Nieprawidłowości w ramach RBC;
- Sferocytoza wrodzona;
- Hemoglobinopatie;
- Niedobór G-6-DP (Niedobór dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej);
- Niezgodna transfuzja krwi;
- Choroba hemolityczna;
- Malaria.

b) Żółtaczka wątrobowa /miąższowa

Ten typ żółtaczki następuje na skutek uszkodzenia lub zaburzeń wątroby (zapalenie wątroby).

Ten typ żółtaczki charakteryzuje się:

- Wzrostem bilirubiny koniugowanej lub niekoniugowanej, bądź obu jej rodzajów;
- Zmniejszeniem urobilinogenu w kale;
- Zwiększeniem urobilinogenu w moczu;
- Ciemnym zabarwieniem moczu;
- Wzrostem ALT (aminotransferaza alaninowa) i AST (aminotransferaza asparaginianowa);

c) Żółtaczka zaporowa

Ten typ żółtaczki spowodowany jest niedrożnością żółci przemieszczającej się do komórek wątroby i charakteryzuje się:

- Zwiększeniem poziomu bilirubiny koniugowanej;
- Najwyższą wartością stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
- Bilirubiną w moczu;
- Brakiem lub niższym poziomem urobilinogenu w kale;
- Brakiem urobilinogenu w moczu;
- Ciemnym zabarwieniem moczu;
- Wzrostem ALP (fosfataza alkaiczna), ALT i AST.

MAKING DIAGNOSIS in digestive system diseases

Mouth condition;
Difficulty swallowing;
Indigestion;
Burning sensations;
Abdominal pain;
Body weight changes;
Frequency of defecation;
Features of faecal;
History of gastrointestinal diseases.

SYMPTOMS
Abdominal pain;
Vomiting;
Diarrhoea;
Constipation.

HEPATIC AND BILIARY DISORDERS

JAUNDICE

It is rather symptom than a disease, and results from problems outside or inside the liver.
Is a result of excessive bilirubin.

a) Haemolytic/ Pre-Hepatic Jaundice

This type of jaundice occurs due to increase in breakdown or degradation of haemoglobin.

This Jaundice is characterized by:

- Inability of liver to conjugate bilirubin fast;
- Increase in serum unconjugated bilirubin;
- Less or absence of bilirubin in urine;
- Increase in urobilinogen in urine and faeces;
- Dark brown faeces.

Causes

- Abnormality within RBCs;
- Hereditary spherocytosis;
- Haemoglobinopathies;
- G-6-DP deficiency (Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency;
- Incompatible Blood Transfusion;
- Haemolytic Disease;
- Malaria.

b) Hepatocellular /Hepatic Jaundice

This type of jaundice occurs due to damage or dysfunction of liver (hepatitis).

This jaundice is characterized by:

- Increase in either conjugated or unconjugated or both bilirubin
- Decrease in faecal urobilinogen
- Increase in urinary urobilinogen
- Dark coloured urine
- Increase in alanine transminase (ALT), aspartate transminase (AST)

c) Obstructive/ Post-Hepatic Jaundice

This type of jaundice is caused by obstruction to biliary movement to hepatic cells.

This jaundice is characterized by:

- Increase in conjugated bilirubin levels
- Higher serum bilirubin value than any other
- Bilirubin in urine
- Fecal urobilinogen is less or absent
- No urobilinogen in urine
- Dark urine
- Increase in alkaline phosphatase (ALP), alanine transminase (ALT), aspartate transminase (AST).

Przyczyny:
- Kamienie żółciowe
- Nowotwory

HIPERBILIRUNEMIE

a) Zwiększone stężenie bilirubiny niekoniugowanej
   – Zespół Gilberta
   – Zespół Crigler-Najjar
b) Zwiększone stężenia bilirubiny koniugowanej
   – Zespół Dubin-Johnsona
   – Zespół Rotora
   – Samoistna nawracająca cholestaza

OSTRE I PRZEWLEKŁE ZAPALENIE WĄTROBY

Wiele osób błędnie uważa, że zapalenie wątroby oznacza wirusowe zapalenie wątroby oraz że wszystkie formy zapalenia wątroby są zaraźliwe. Zapalenie wątroby odnosi się do każdego stanu zapalnego wątroby – podrażnienia czy obrzęku komórek wątroby z jakiejkolwiek przyczyny.

Zapalenie wątroby może być ostre (stan zapalny, który trwa mniej niż sześć miesięcy) lub przewlekłe (stan zapalny trwający dłużej niż sześć miesięcy) i ma wiele różnych przyczyn. Może być wywołane przez grupę wirusów znanych, jako wirusy zapalenia wątroby: A, B, C, D i E. Inne wirusy również mogą być przyczyną zapalenia wątroby jak te, które wywołują mononukleozę (wirus Epsteina-Barra) czy wirus ospy wietrznej. Zapalenie wątroby dotyczy również tego spowodowanego przez leki i nadużywanie alkoholu czy też toksyny. Ponadto zapalenie wątroby może rozwinąć się z innych czynników, takich jak: tłuszcz nagromadzony w wątrobie (stłuszczenie wątroby lub NASH - niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby), uraz lub zaburzeń autoimmunologicznych (autoimmunologiczne zapalenie wątroby).

Wirusowe zapalenie wątroby jest najbardziej powszechne, ale większość ludzi z wirusowym zapaleniem wątroby nie jest zdiagnozowana. Wiele osób mylnie bierze objawy zapalenia wątroby za grypę.

Pięć wirusów wywołujących zapalenie wątroby może być przenoszonych w różny sposób, wszystkie jednak mają wspólną cechę: infekują one wątrobę i wywołują stan zapalny.

Wiele osób z zapaleniem wątroby uzyskuje trwającą całe życie odporność, ale niektóre umierają w ostrej fazie choroby. Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C może prowadzić do przewlekłego zapalenia wątroby, w którym stan zapalny wątroby utrzymuje się dłużej niż sześć miesięcy. Może to prowadzić do marskości wątroby, raka wątroby, a czasem do śmierci.

Wirusowe zapalenie wątroby (WZW) typu A rozprzestrzenia się zazwyczaj poprzez żywność lub wodę pitną zanieczyszczoną odchodami nosicieli wirusa. Wirusowe zapalenie wątroby typu A jest najmniej niebezpieczną formą zapalenia wątroby. Ponadto, nie prowadzi do przewlekłego zapalenia wątroby. Jednak u około 15% osób z wirusowym zapaleniem wątroby typu A, stan pogarsza się na tyle, niektórzy nawet umierają z powodu niewydolności wątroby. Dlatego też osoby z grupy ryzyka, jak również wszystkie osoby z jakąkolwiek formą przewlekłej choroby wątroby, powinny się zaszczepić przeciwko **WZW typu A.**

Wirus zapalenia wątroby typu A najczęściej rozprzestrzenia się za pośrednictwem niewłaściwego obchodzenia się z żywnością, kontakt z domownikami, wymiany zabawek w ośrodkach opieki dziennej i jedzenia surowych owoców morza zaczerpnięte z zanieczyszczonych wód. Po prostu jedzenie w restauracji może narazić Cię na ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby **typu A**.

Czynniki ryzyka:
- Niewłaściwie przyrządzona żywność
- Podróże do krajów rozwijających się

Causes:
- Gall stones
- Carcinomas

HYPERBILIRUBINEMIAS

a) Increased non-conjugated bilirubin concentration
   – Gilbert's Syndrome
   – Crigler-Najjar syndrome
b) Increased conjugated bilirubin concentration
   – Dubin-Johnson syndrome
   – Rotor syndrome
   – Recurrent idiopathic cholestasis

ACUTE AND CRONIC HEPATITIS

Many people mistakenly think that hepatitis means viral hepatitis, and that all forms of hepatitis are contagious. Hepatitis refers to any inflammation of the liver – the irritation or swelling of liver cells from any cause.

Hepatitis can be acute (inflammation of the liver that lasts less than six months) or chronic (inflammation of the liver that lasts more than six months) and has many different causes. It can be caused by a group of viruses known as the hepatitis viruses, including A, B, C, D, and E. Other viruses may also cause it, such as those that cause mononucleosis (the Epstein-Barr virus) or chickenpox (the varicella virus). Hepatitis also refers to inflammation of the liver caused by drugs and alcohol abuse or toxins. In addition hepatitis may develop from other things, such as fat buildup in the liver (fatty liver hepatitis or NASH - nonalcoholic steatohepatitis), trauma, or an autoimmune disorders (autoimmune hepatitis).

Viral hepatitis is the most common but most people with hepatitis are not diagnosed. Many people mistakenly take their symptoms as the flu instead of hepatitis.

The five hepatitis viruses can be transmitted in different ways, but they all have one thing in common: They infect the liver and cause it to become inflamed.

Many people with hepatitis recover with a lifelong immunity to the disease, but some people with hepatitis die in the acute phase. Hepatitis B and C may progress to chronic hepatitis, in which the liver remains inflamed for more than six months. This can lead to cirrhosis, liver cancer, and sometimes death.

Hepatitis A is usually spread by eating food or drinking water contaminated with feces carrying the virus. Hepatitis A is the least dangerous form of hepatitis. Also, it does not lead to chronic inflammation of the liver. But about 15% of people with hepatitis A become so ill that they need hospitalization, and some of them even die as a result of liver failure. That is why anyone at risk of infection, as well as all people with any form of chronic liver disease, should get the hepatitis A vaccine.

The hepatitis A virus commonly spreads through improper handling of food, so simply eating out in a restaurant can put you at risk of **Hepatitis A**.

Risk factors:
- Improper handled food
- Traveling to developing countries

- Mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami;
- Uprawianie seksu oralno-analnego;
- Osoby zażywające dożylnie narkotyki;
- Kontakt ze ściekami;
- Pracownicy i dzieci w żłobkach i przedszkolach ;
- Pracownicy i pacjenci instytucji dla osób chorych umysłowo
- Życie z złych warunkach sanitarnych;

WZW typu B może rozprzestrzeniać się poprzez seks (100 razy łatwiej niż w przypadku HIV), transfuzje krwi (głównie przed 1975) i dzielenie tej samej igły przez osoby zażywające narkotyki. Wirus może przejść z matki na dziecko podczas porodu lub wkrótce potem. Wirus może również przechodzić pomiędzy dorosłymi i dziećmi zarażając całe rodziny. Inne osoby należące do grupy ryzyka to osoby z niewydolnością nerek, którzy są poddawane hemodializie lub biorcy przeszczepionego narządu zakażonego WZW typu B.

Większość dorosłych z WZW typu B zdrowieje, ale niewielki procent nie może zwalczyć choroby i staje się nosicielami. Mogą oni przenosić chorobę na innych nawet, gdy ich własne objawy ustąpiły. U mniejszego odsetka dorosłych, którzy nie mogą zwalczyć wirusa, rozwija się przewlekłe zapalenie wątroby typu B. Podobnie jak nosiciele, osoby z przewlekłym zapaleniem wątroby typu B są w stanie przekazać wirusa.

WZW typu C zazwyczaj rozprzestrzenia się poprzez kontakt z krwią lub zakażonymi igłami, w tym igłami do tatuażu. Chociaż WZW typu C może powodować jedynie łagodne objawy lub wcale, u 5% do 20% zakażonych rozwija się marskość w ciągu 20 do 30 lat. Choroba może być przenoszona przez transfuzje krwi, ale badania przesiewowe znacznie zmniejszyły liczbę takich przypadków. W przeciwieństwie do WZW typu B, WZW typu C jest rzadko przenoszone drogą płciową.

WZW typu D występuje tylko u osób zakażonych WZW typu B i wydaje się być bardziej dotkliwe. Można go przenosić z matki na dziecko, oraz poprzez seks. Choć rzadko występuje, WZW typu D jest szczególnie niebezpieczne, ponieważ składa się z dwóch wirusów pracujących jednocześnie.

WZW typu E występuje głównie w Azji, Meksyku, Indiach i Afryce, w większości dotyka ludzi, którzy powrócili z kraju, gdzie choroba jest powszechna. WZW typu E jest przenoszone drogą fekalno-oralną. Klinicznie jest porównywalna z WZW typu A. Kobiety w ciąży zakażone WZW typu E narażone są na poronienie, przedwczesny poród, a nawet śmierć (w trzecim trymestrze śmiertelność dochodzi do 25%) w mechanizmie powikłań okołoporodowych lub piorunującego zapalenia wątroby.

CHOLESTATYCZNA CHOROBA WĄTROBY

Cholestatyczna choroba wątroby jest stanem, który wynika z upośledzenia wytwarzania żółci lub przepływu żółci z pęcherzyka żółciowego i dwunastnicy. Skutki cholestazy są głębokie i powszechne, co prowadzi do nasilenia choroby wątroby i chorób ogólnoustrojowych.

Pierwotna żółciowa marskość

Pierwotna marskość żółciowa jest przewlekłą zapalną chorobą o charakterze wewnątrzwątrobowym, która powoli niszczy małe i średnie drogi żółciowe. Gdy przewody te zostaną uszkodzone, żółć gromadzi się w wątrobie (cholestaza), co z czasem doprowadza do uszkodzenia tkanek wątroby.

Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych

Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych jest podobnym stanem, jest to choroba zapalna o charakterze pozawątrobowym, dotykająca drogi żółciowe poza wątrobą.

W obu chorobach, zapalenie prowadzi do stopniowego pogrubiania, bliznowacenia i niszczenia dróg żółciowych. Nagromadzona w wątrobie żółć, sole kwasu żółciowego i cholesterol powodują uszkodzenia błony komórkowej wątroby, zmniejszenie wytwarzania soli żółciowych i zwłóknienia (rozwój tkanki bliznowatej). Postępujące uszkodzenie powoduje

- Men having sex with men
- Having oral-to-anal sex
- Intravenous drug users
- Contacting with sewage
- Employees and children at daycare centers
- Employees and patients in institutions for the mentally disabled
- Living with poor sanitation conditions

Hepatitis B can spread through sex (100 times easier than HIV), blood transfusions (mostly before 1975), and needle sharing by intravenous drug users. The virus can pass from mother to child at birth or soon afterward; the virus can also pass between adults and children to infect whole families. Other people at risk include those with kidney failure who are undergoing hemodialysis or those receiving a transplanted organ infected with the hepatitis B virus.

Most adults with hepatitis B get better, but a small percentage of them cannot fight the disease and become carriers. Carriers can transmit the disease to others even when their own symptoms have disappeared. A smaller percentage of adults who cannot fight off the virus will develop chronic hepatitis B. Like carriers, those with chronic hepatitis B are able to pass the virus.

Hepatitis C is usually spread through contact with blood or contaminated needles, including tattoo needles. Although hepatitis C may cause only mild symptoms or none at all, about 5% to 20% of those infected develop cirrhosis within 20 to 30 years. The disease can be passed on through blood transfusions, but screening has greatly reduced the number of such cases. As opposed to hepatitis B, hepatitis C is only infrequently sexually transmitted.

Hepatitis D happens only in people infected with hepatitis B and tends to make that disease more severe. It can be spread from mother to child and through sex. Although less common, hepatitis D is especially dangerous, because it involves two viruses working at once.

Hepatitis E (HEV) happens mainly in Asia, Mexico, India, and Africa, mostly in people who have returned from a country where the disease is widespread. HEV has a fecal-oral transmission route. Clinically it is comparable to hepatitis A, but pregnant women infected with HEV are at the risk of miscarriage, premature birth and even death (in the third trimester mortality reaches 25%) in the mechanism of perinatal complications or fulminant hepatitic failure.

CHOLESTATIC LIVER DISEASE

Cholestatic liver disease is a condition that results from an impairment of bile formation or bile flow to the gallbladder and duodenum. The effects of cholestasis are profound and widespread, leading to worsening liver disease and systemic illness.

Primary biliary cirrhosis

Primary biliary cirrhosis (PBC) is a chronic inflammatory intrahepatic liver disorder that slowly destroys the small-to-medium-sized bile ducts. When these ducts are damaged, bile builds up in the liver (cholestasis) and over time damages liver tissue.

Primary sclerosing cholangitis

Primary sclerosing cholangitis (PSC) is a similar condition; it is extrahepatic cholestatic liver disease affecting the part of the bile duct outside of the liver.

In both diseases (CLD and PBC), inflammation leads to progressive thickening, scarring, and destruction of the bile ducts. The buildup of bile, bile salts, and cholesterol in the liver causes damage to cell membranes in the liver, reduced production of bile salts, and fibrosis (development of scar tissue). Continuing damage causes scarring or cirrhosis of the

bliznowacenie lub marskość wątroby i uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie organu i zaburzenia krążenia krwi w jelitach.

Stłuszczenie wątroby

Stłuszczenie wątroby jest chorobą polegającą na odkładaniu się tłuszczu w komórkach tego narządu. Zazwyczaj schorzenie wiązane jest z nadużywaniem alkoholu, jednak według aktualnych danych wiadomo, że istnieje wiele przyczyn stłuszczenia wątroby. Choroba nie jest groźna i zupełnie wyleczalna, jednak nieleczona, może doprowadzić do groźnych powikłań, na przykład do rozwinięcia się zapalenia wątroby, a nawet marskości.

Wśród przyczyn jej powstawania można wymienić:
– nadwagę, otyłość i niewłaściwą dietę (np. spożywanie żywności bardzo bogatej w tłuszcze),
– zaburzenia gospodarki tłuszczowej,
– skłonności genetyczne,
– stosowanie niektórych leków,
– cukrzyca typu II,
– współistniejące wirusowe zapalenia wątroby.

W początkowym okresie stłuszczenie wątroby zazwyczaj przebiega bezobjawowo, jednak mogą pojawić się niespecyficzne dolegliwości, rzadko wiązane z chorobą, takie jak:
– zmęczenie,
– osłabienie,
– ogólne złe samopoczucie
– zaburzenia snu.

Po pewnym czasie chory zaczyna także odczuwać uporczywy ból po prawej stronie nadbrzusza nasilający się przy pochylaniu. Ból związany jest z powiększeniem wątroby i uciskaniem przez nią innych narządów znajdujących się w pobliżu.

• Alkoholowa choroba wątroby

Alkoholowa choroba wątroby to termin, który obejmujący reakcje wątroby na nadmierne spożycie alkoholu, włączając stłuszczenie wątroby, alkoholowe zapalenie wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby ze włóknieniem wątroby lub marskość wątroby. Jest główną przyczyną chorób wątroby w krajach zachodnich.

• Zatrucie lekami i toksynami

Uszkodzenie wątroby wywołane toksynami lub lekami obejmuje uszkodzenie naczyń, indukcję guzów wątroby i rozwój marskości wątroby. Ze względu na rozległość występowania leków i środków chemicznych mogących wpływać toksycznie na wątrobę, ustalenie diagnozy i leczenia jest wyzwaniem dla lekarzy. Diagnoza może być potwierdzona przez dodatkowe środki diagnostyczne (np. biopsja wątroby).Tylko w niewielu przypadkach sprecyzowane leczenie może być dostępne. W związku z tym, głównym celem jest zapobieganie przewlekłemu uszkodzeniu wątroby poprzez szybką i prawidłową diagnozę.

WRODZONE CHOROBY METABOLICZNE

• Syderoza
• Choroba Wilsona
• Niedobór alfa-1 antytrypsyny

MARSKOŚĆ WĄTROBY

Cztery stadia:
1. Martwica komórek wątroby
2. Zapalny naciek komórkowy
3. Zwłóknienie
4. Guzki regeneracyjne

Przyczyny marskości wątroby:
• Alkohol
• WZW typu B / C
• Skrytopochodne

liver and prevents proper organ function and impaired blood circulation in the intestines.

Fatty liver disease (FLD)

Fatty liver disease is a disease involving the deposition of fat in the cells of that organ. Typically, the disease is associated with alcohol abuse, but the current data shown that there are many causes of fatty liver. The disease is not dangerous and completely curable, but when untreated can lead to serious complications, for example developing of hepatitis and even cirrhosis.

Among the reasons for its formation are:
– overweight, obesity and poor diet (e. eating foods rich in fats),
– lipid disorders,
– genetic disposition,
– use of certain drugs,
– type II diabetes,
– concomitant viral hepatitis.

In the initial period of fatty liver is usually asymptomatic, but there may be non-specific symptoms, rarely associated with disease, such as:
– fatigue,
– weakness,
– malaise
– sleeping disorders.

After certain time, the patient begins to experience persistent pain on the right side of the abdominal enhancing while bending. The pain is associated with hepatomegaly and liver pressing on other organs nearby.

• Alcoholic liver disease (ALD)

Alcoholic liver disease is a term that encompasses the hepatic manifestations of alcohol overconsumption, including fatty liver, alcoholic hepatitis, and chronic hepatitis with hepatic fibrosis or cirrhosis. It is the major cause of liver disease in Western countries.

• Drug- and toxin-induced hepatotoxicity

Drug- or toxin-induced liver damage includes vascular damage, induction of liver tumors and development of liver cirrhosis. Due to the extensive variety of possibly liver toxic drugs and chemical agents this aspect is a major challenge to physicians to obtain diagnosis and treatment. The diagnosis may be confirmed by additional diagnostic measures (e. g. liver biopsy). Only in a minority of cases a definite treatment may be available. Therefore, the main aim is to prevent chronic liver damage through early and correct diagnosis.

CONGENITAL METABOLOLIC DISEASES

• Siderosis
• Wilson's disease
• A deficiency of alpha-1 antitrypsin

CIRRHOSIS

Four Stages of disease:
1. Liver cell necrosis
2. Inflammatory cell infiltrate/
3. Fibrosis
4. Nodular regeneration

Causes of cirrhosis:
• Alcohol
• Viral B/C
• Cryptogenic

- Pierwotna marskość żółciowa
- Hemochromatoza
- Choroba Wilsona
- Niedobór alfa-1 antytrypsyny
- Autoimmunologiczne
- Stwardniające zapalenie dróg żółciowych

NADCIŚNIENIE WROTNE

Jest to nieprawidłowo wysokie ciśnienie krwi w żyle wrotnej i jej rozgałęzieniach. W krajach zachodnich, najczęstszą przyczyną nadciśnienia wrotnego jest zwiększony opór na przepływ krwi, co jest spowodowane przez rozległe marskie zbliznowacenie wątroby. Nadciśnienie wrotne może prowadzić do:

- Żylaków żołądka i przełyku oraz żylaków odbytu (hemoroidów).
- Pęknięcia żylaków przełyku i żołądka, a nawet rozległego krwawienia mogącego spowodować śmierć.
- Nadciśnienie wrotne wraz z innymi zaburzeniami w marskości: hormonalnymi, nerek i metabolicznymi, może prowadzić do gromadzenia się płynu w jamie brzusznej(wodobrzusze) oraz obrzęku tkanek obwodowych (obrzęk obwodowy).

OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

Ostra niewydolność wątroby jest rzadko występującym stanem, w którym gwałtownie pogarszają się funkcje pracy wątroby wywołując koagulopatię, która według międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR) jest większa niż 1,5 oraz zmiany w stanie psychicznym (encefalopatia), u uprzednio zdrowego osobnika. Ostra niewydolność wątroby częściej dotyka młodych ludzi i ma bardzo wysoką śmiertelność.

Oznaki i objawy ostrej niewydolności wątroby mogą obejmować:

- Żółtaczkę
- Ból w górnej prawej części brzucha
- Obrzęk brzucha
- Nudności
- Wymioty
- Ogólne złe samopoczucie
- Dezorientacja i uczucie zakłopotania
- Senność

GUZY WĄTROBY

Guzy są nieprawidłowymi masami tkanki, które powstają, gdy komórki zaczynają się namnażać w zwiększonym tempie. W wątrobie mogą się rozwijać guzy nienowotworowe (łagodne), jak nowotworowe (złośliwe).

1) Guzy nienowotworowe (łagodne)

Są dość powszechne i zwykle nie wywołują objawów. Często zdarza się, że nie są zdiagnozowane aż do momentu przeprowadzenia USG, CT lub MRI. Istnieje kilka typów łagodnych guzów wątroby, w tym:

- **Gruczolak** – występowanie ten łagodnego guza związane jest z przyjmowaniem niektórych leków. Większość zostaje niewykryta. Czasami pęknięcie gruczolaka i krwawienie do jamy brzusznej wymaga zabiegu. Gruczolaki rzadko bywają nowotworowe.
- **Naczyniak** – ten typ łagodnego guza jest skupiskiem nieprawidłowych naczyń krwionośnych. Leczenie zazwyczaj nie jest konieczne. Czasami dzieci z dużymi naczyniakami wątroby wymagają operacji, aby zapobiec zakrzepicy i niewydolności serca.

2) Guzy nowotworowe (złośliwe)

Guzy nowotworowe występujące w wątrobie są to guzy pochodzące z wątroby (pierwotny rak wątroby) lub rozłożone z miejsc nowotworowych w innych częściach ciała (przerzutowy rak wątroby). Większość guzów nowotworowych w wątrobie to guzy przerzutowe:

- Rak wątrobowokomórkowy

- Primary Biliary Cirrhosis
- Hemochromatosis
- Wilson's Disease
- Alpha 1 antitrypsin deficiency
- Autoimmune
- Sclerosing Cholangitis

PORTAL HYPERTENSION

It is abnormally high blood pressure in the portal vein and its branches. In Western countries, the most common cause of portal hypertension is increased resistance to blood flow caused by extensive scarring of the liver in cirrhosis.

Portal hypertension can lead to:

- Gastric and esophageal varices and rectum varices (hemorrhoids).
- Gastric and esophageal varices can rupture, bleed massively and even cause death.
- Portal hypertension along with other hormonal, metabolic and kidney abnormalities in cirrhosis, can also lead to fluid accumulation in the abdomen (ascites) and the peripheral tissue (peripheral edema).

ACUTE LIVER FAILURE

Acute liver failure is an uncommon condition in which the rapid deterioration of liver function results in coagulopathy, usually with an international normalized ratio (INR) of greater than 1.5, and alteration in the mental status (encephalopathy) of a previously healthy individual. Acute liver failure often affects young people and carries a very high mortality.

Signs and symptoms of acute liver failure may include:

- Jaundice
- Pain in upper right abdomen
- Abdominal swelling
- Nausea
- Vomiting
- A general sense of feeling unwell (malaise)
- Disorientation or confusion
- Sleepiness

LIVER TUMORS

Tumors are abnormal masses of tissue that form when cells begin to reproduce at an increased rate. The liver can grow both non-cancerous (benign) and cancerous (malignant) tumors.

1) Non-cancerous (benign) tumors are quite common and usually do not produce symptoms. Often, they are not diagnosed until an ultrasound, CT scan, or MRI scan is performed. There are several types of benign liver tumors, including the following:
   - **Hepatocellular adenoma**
     This benign tumor is linked to the use of certain drugs. Most of these tumors remain undetected. Sometimes, an adenoma will rupture and bleed into the abdominal cavity, requiring surgery. Adenomas rarely become cancerous.
   - **Hemangioma**
     This type of benign tumor is a mass of abnormal blood vessels. Treatment is usually not required. Sometimes, infants with large liver hemangiomas require surgery to prevent clotting and heart failure

2) cancerous liver tumors

Cancerous (malignant) tumors in the liver have either originated in the liver (primary liver cancer) or spread from cancer sites elsewhere in the body (metastatic liver cancer). Most cancerous tumors in the liver are metastatic.

- hepatocellular carcinoma

- Rak przewodu żółciowego
- Hepatoblastoma
- Naczyniakomięsak

- cholangiocarcinoma
- hepatoblastoma
- angiosarcoma

CHOROBY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH CHOROBY WRODZONE

- **Artrezja dróg żółciowych** jest chorobą zagrażającą życiu u niemowląt, w której drogi żółciowe wewnątrz lub na zewnątrz wątroby nie mają normalnego ujścia. Uwięziona żółć gromadzi się i uszkadza wątrobę. Uszkodzenie powoduje bliznowacenie, ubytek tkanek i marskość wątroby. Bez leczenia, wątroba w końcu przestaje funkcjonować i niemowlę potrzebuje przeszczepu wątroby, żeby przeżyć.
- **Torbiele dróg żółciowych** – choroba wrodzona związana z torbielowatym rozszerzeniem przewodów żółciowych. Większość przypadków występuje w 1. roku życia. U dorosłych występuje rzadko i zazwyczaj na tym etapie wiąże się z powikłaniami.

BILIARY DISEASES CONGENITAL DISEASES

- **Biliary atresia** is a life-threatening condition in infants in which the bile ducts inside or outside the liver do not have normal openings. Bile becomes trapped, builds up, and damages the liver. The damage leads to scarring, loss of liver tissue, and cirrhosis. Without treatment, the liver eventually fails and the infant needs a liver transplant to stay alive.
- **Choledochal cysts (aka bile duct cyst)**
  Congenital conditions involving cystic dilatation of bile ducts. Most of them present in 1st year of life. Adult presentation is rare and usually at this stage is associated with complication.

CHOROBY NABYTE

- **Kamienie żółciowe** /Kamica żółciowa – choroba wiąże się z obecnością kamieni żółciowych, będących złogami tworzącymi się w przewodzie żółciowym, zwykle w woreczku żółciowym. Mogą one przemieścić się do innych części dróg żółciowych, takich jak przewód pęcherzykowy, przewód żółciowy wspólny, przewód trzustkowy czy brodawki Vatera. Rzadko, w przypadkach ciężkiego zapalenia, kamienie żółciowe mogą ruszać poprzez pęcherzyk żółciowy do przylegającego jelita powodując niedrożność określaną, jako niedrożność żółciowa jelit. Kamica żółciowa dotyczy obecności 1 albo więcej kamieni żółciowych we wspólnym przewodzie żółciowym. Leczenie zależy od stadium choroby – metody nieinwazyjne lub operacyjne.
- **Haemobilia** jest chorobą, charakteryzującą się krwawieniem do dróg żółciowych. Obecnie do najczęstszych przyczyn jej występowania zalicza się urazy jatrogenne. Wiąże się to z rozwojem różnego rodzaju małoinwazyjnych procedur endoskopowych czy laparoskopowych.
- **Nowotwory dróg żółciowych** mogą rozwijać się w dowolnej części przewodu żółciowego, w zależności od ich położenia, są sklasyfikowane na 3 typy:
  – Wewnątrzwątrobowy nowotwór przewodów żółciowych;
  – Okołownękowy nowotwór przewodów żółciowych;
  – Zewnątrzwątrobowy nowotwór przewodów żółciowych.

ACQUIRED DISEASES

- **Gallstones** /Cholelithiasis
  Disease involves the presence of gallstones, which are concretions that form in the biliary tract, usually in the gallbladder. They may pass into other parts of the biliary tract such as the cystic duct, common bile duct, pancreatic duct or the ampulla of Vater. Rarely, in cases of severe inflammation, gallstones may erode through the gallbladder into adherent bowel potentially causing an obstruction termed gallstone ileus. Choledocholithiasis refers to the presence of 1 or more gallstones in the common bile duct (CBD). Treatment of gallstones depends on the stage of disease – noninvasive techniques or surgery.
- **Haemobilia**
  Is a medical condition of bleeding into the biliary tree. Actually the most frequent causes of haemobilia are iatrogenic traumas, due to development of different diagnostic and therapeutic procedures performed endoscopically or laparoscopically.
- **Bile duct cancers**
  Cancers can develop in any part of the bile duct and, based on their location are classified into 3 types:
  – Intrahepatic bile duct cancers
  – Perihilar (also called hilar) bile duct cancers
  – Distal bile duct cancers

CHOROBA WRZODOWA

Choroba wrzodowa dotyczy bolesnych ran lub owrzodzeń w błonie śluzowej żołądka lub pierwszej części jelita cienkiego – dwunastnicy.

Wrzody powstają czterokrotnie częściej w dwunastnicy niż w samym żołądku. Wrzody dwunastnicy są zazwyczaj łagodne.

Owrzodzenia mogą być spowodowane przez:

- Infekcję typem bakterii Helicobacter pylori (H. pylori)
- Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ)

Jeśli nie są leczone właściwie, mogą prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, w tym:

- Krwawienia
- Perforacji ściany żołądka
- Niedrożność żołądka wywołaną przez obrzęk lub zbliznowacenie, blokującą ujście żołądka do jelita cienkiego

Przyjmowanie NLPZ może powodować każdy z powyższych objawów bez ostrzeżenia. Ryzyko to jest szczególnie wysokie w odniesieniu do osób starszych i osób z wcześniejszą historią choroby wrzodowej.

PEPTIC ULCER

Peptic ulcer disease refers to painful sores or ulcers in the lining of the stomach or first part of the small intestine – duodenum.

Four times as many peptic ulcers arise in the duodenum as in the stomach itself. Duodenal ulcers are generally benign.

Ulcers can be caused by:

- Infection with a type of bacteria called Helicobacter pylori (H. pylori)
- Use of painkillers called nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).

If not properly treated, ulcers can lead to serious health problems, including:

- Bleeding
- Perforation of the stomach wall
- Gastric outlet obstruction from swelling or scarring that blocks the passageway leading from the stomach to the small intestine.

Taking NSAIDs can cause any of the above symptoms without warning. The risk is especially concerning for the elderly and for those with a prior history of having peptic ulcer disease.

CHOROBY JELIT

• Zaburzenia trawienne

Niestrawność jest często oznaką istnienia głębszych problemów, takich jak choroba refluksowa przełyku, wrzody czy choroby woreczka żółciowego, a nie chorobą samą w sobie.

Również nazywana dyspepsją. Niestrawność jest terminem używanym do opisania uczucia pełności lub dyskomfortu w trakcie lub po posiłku. Uczuciu temu może mu towarzyszyć pieczenie lub ból w górnej części żołądka.

Objawy:

- Wzdęcia (uczucie pełności)
- Odbijanie i gazy
- Nudności i wymioty
- Kwaśny smak
- „Burczenie" w brzuchu
- „Palenie" w żołądku lub nadbrzuszu
- Ból brzucha

Objawy te mogą się nasilać w czasie stresu. Niestrawności często towarzyszy zgaga.

Niestrawność atakuje ludzi w każdym wieku i obu płci. Jest zjawiskiem niezwykle powszechnym.

Powiązane choroby:

- Wrzody
- Choroba refluksowa przełyku
- Rak żołądka (rzadko)
- Gastropareza
- Infekcje żołądka
- Zespół jelita drażliwego
- Przewlekłe zapalenie trzustki
- Choroby tarczycy

Leki:

- Aspiryna i wiele innych środków przeciwbólowych
- Estrogen i doustne środki antykoncepcyjne
- Leki sterydowe
- Niektóre antybiotyki
- Leki tarczycowe

Styl życia:

- Jedzenie w zbyt dużych ilościach, zbyt szybko, jedzenie o wysokiej zawartości tłuszczu lub jedzenie podczas sytuacji stresowych
- Picie zbyt dużej ilości alkoholu
- Palenie papierosów
- Stres i zmęczenie

ZESPÓŁ ZŁEGO WCHŁANIANIA

Głównym zadaniem układu pokarmowego jest trawienie i wchłanianie składników odżywczych (tłuszcze, węglowodany, białka i błonnik), mikroelementów (witaminy i minerały), wody i elektrolitów. Trawienie obejmuje zarówno mechaniczny, jak i enzymatyczny rozkład żywności. Proces mechaniczny obejmuje żucie, ubijanie w żołądku i mieszanie w jelicie cienkim. Hydroliza enzymatyczna rozpoczyna się za pomocą procesów wewnętrznych wymagających wydzieliny z żołądka, dróg żółciowych i trzustki. Końcowe produkty trawienia są wchłaniane przez komórki nabłonkowe jelit.

Zespół złego wchłaniania jest nieprawidłowością w przyswajaniu składników pokarmowych na całym odcinku przewodu żołądkowo-jelitowego.

W zależności od nieprawidłowości zaburzenie to może dotyczyć jednego lub kilku składników odżywczych. Może to prowadzić do niedożywienia oraz różnorodnych anemii.

Zespół złego wchłaniania jest sklasyfikowany klinicznie na trzy podstawowe kategorie:

1. Selektywne, jak w przypadku złego wchłaniania laktozy
2. Częściowe, jak w przypadku abetalipoproteinemii
3. Całkowite przy celiakii.

INTESTINE DISEASES

• Digestive Disorders

Indigestion is often a sign of an underlying problem, such as gastroesophageal reflux disease (GERD), ulcers, or gallbladder disease, rather than a condition of its own. Also called dyspepsia, indigestion is a term used to describe a feeling of fullness or discomfort during or after a meal. It can be accompanied by burning or pain in the upper stomach.

Symptoms:

- Bloating (full feeling)
- Belching and gas
- Nausea and vomiting
- Acidic taste
- Growling stomach
- Burning in the stomach or upper abdomen
- Abdominal pain

These symptoms may increase in times of stress. Indigestion is often associated with heartburn.

People of all ages and of both sexes are affected by indigestion. It's extremely common.

Related Diseases:

- Ulcers
- GERD
- Stomach cancer (rare)
- Gastroparesis
- Stomach infections
- Irritable bowel syndrome
- Chronic pancreatitis
- Thyroid disease

Medications:

- Aspirin and many other painkillers
- Estrogen and oral contraceptives
- Steroid medications
- Certain antibiotics
- Thyroid medicines

Lifestyle:

- Eating too much, eating too fast, eating high-fat foods, or eating during stressful situations
- Drinking too much alcohol
- Cigarette smoking
- Stress and fatigue

MALABSORPTION

The main purpose of the gastrointestinal tract is to digest and absorb nutrients (fat, carbohydrate, protein, and fiber), micronutrients (vitamins and trace minerals), water, and electrolytes. Digestion involves both mechanical and enzymatic breakdown of food. Mechanical processes include chewing, gastric churning, and mixing in the small intestine. Enzymatic hydrolysis is initiated by intraluminal processes requiring gastric, pancreatic, and biliary secretions. The final products of digestion are absorbed through the intestinal epithelial cells.

Malabsorption is abnormality in absorption of food nutrients across the gastrointestinal (GI) tract.

Impairment can be of single or multiple nutrients depending on the abnormality. This may lead to malnutrition and a variety of anaemias.

Malabsorption is classified clinically into three basic categories:

1. Selective, as seen in lactose malabsorption
2. Partial, as observed in a-Beta-lipoproteinaemia
3. Total as in coeliac disease.

Nieprawidłowe wchłanianie stanowi patologiczne zakłócenie fizjologicznej kolejności trawienia, wchłaniania i transportowania substancji odżywczych.

Zaburzenia wchłaniania jelitowego mogą być spowodowane:

- Uszkodzeniem śluzówki (enteropatia)
- Wrodzonym lub nabytym zmniejszeniem powierzchni absorpcyjnej
- Wadami określonej hydrolizy
- Wadami transportu jonów
- Niewydolnością trzustki
- Zaburzeniami krążenia jelitowo-wątrobowego

ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO

Zapalenie wyrostka robaczkowego jest stanem zapalnym wyrostka. Wiele przypadków wymaga usunięcia wyrostka robaczkowego na zapalenie wyrostka poprzez laparoskopię lub laparotomię. Jest stanem nagłej interwencji chirurgicznej. Wysoka śmiertelność jest związana z rozlaniem się wyrostka. To pęknięcie może prowadzić do poważnych powikłań, takich jak zapalenie otrzewnej i posocznicy.

ZESPÓŁ ROZROSTU BAKTERYJNEGO JELITA CIENKIEGO, (inaczej zespół rozrostu bakteryjnego, zespół przerostu flory bakteryjnej jelita cienkiego)

Zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego jest stanem, w którym bakterie występujące w okrężnicy rozmnażają się w dużych ilościach w jelicie cienkim.

Przerost bakteryjny odnosi się do stanu, w którym nieprawidłowo duża liczba bakterii (definiowana zazwyczaj, na co najmniej 100 000 bakterii na ml zawiesiny) występuje w jelicie cienkim, a rodzaj tych bakterii bardziej przypomina te, które występują w okrężnicy. Z przerostem bakteryjnym związanych jest wiele schorzeń, włączając cukrzycę, sklerodermię, chorobę Leśniowskiego-Crohna i inne. Istnieje również uderzające podobieństwo między objawami zespołu jelita drażliwego a zespołem rozrostu bakteryjnego.

Objawami zespołu rozrostu bakteryjnego są wzdęcia lub nabrzmienie, gazy, biegunka i ból brzucha. W zaawansowanych przypadkach mogą wystąpić niedobory witamin i minerałów czy utraty masy ciała.

Zespół rozrostu bakteryjnego może być spowodowany zaburzeniami nerwów lub mięśni w jelitach, niedrożnością jelit lub występowaniem zespołu ślepej pętli. Leczony jest za pomocą antybiotyków, probiotyków lub ich kombinacją.

ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO

Zespół jelita drażliwego jest przewlekłą, nawracającą chorobą i często trwa przez całe życie. Ludzie najczęściej nią dotknięci to osoby w wieku 20-30 lat. Jest dwukrotnie popularniejsza u kobiet niż u mężczyzn.

Nie predysponuje pacjentów do pojawienia się innych przewlekłych lub zagrażających życiu chorób i nie skraca życia, jednakże zakłóca jego jakość. Diagnoza jest zwykle ustalona według Kryteriów Rzymskich III. Jednakże wielu pacjentów, których stan nie spełnia dokładnie kryteriów, może cierpieć na odmianę zespołu jelita drażliwego i odpowie na podobne leczenie. Objawy są zwykle związane z jedzeniem (określone produkty spożywcze wywołujące objawy) lub czynnikami stresogennymi, a zmiany w stylu życia mogą odgrywać kluczową rolę w terapii.

Ciągle nie ustalono swoistej terapii, dotyczącej leczenia zespołu jelita drażliwego. Jest on zazwyczaj leczony objawowo. Niewiele metod leczenia ma udowodnioną wysoką skuteczność pod względem ogólnego łagodzenia objawów. Nie występuje jeden konkretny sposób leczenia chorych z objawami umiarkowanymi i ciężkimi. Łagodne objawy udaje się zwykle opanować za pomocą leczenia objawowego.

Malabsorption constitutes the pathological interference with the physiological sequence of digestion, absorption and transport of nutrients.

Intestinal malabsorption can be due to:

- Mucosal damage (enteropathy)
- Congenital or acquired reduction in absorptive surface
- Defects of specific hydrolysis
- Defects of ion transport
- Pancreatic insufficiency
- Impaired enterohepatic circulation

APPENDICITIS (ALSO CALLED EPITYPHLITIS)

Appendicitis (also called epityphlitis) is inflammation of the appendix. Many cases of appendicitis require removal of the inflamed appendix by laparoscopy or laparotomy. It is surgical emergency condition. Appendicitis has the high mortality which is associated with rupture of the appendix. This rupture may lead to severe complications such as peritonitis and sepsis.

SMALL INTESTINAL BACTERIAL OVERGROWTH (SIBO), BACTERIAL OVERGROWTH OR SMALL BOWEL BACTERIAL OVERGROWTH SYNDROME

SIBO is a condition in which colonic-type bacteria proliferate in large numbers in the small intestine.

Small intestinal bacterial overgrowth (SIBO) refers to a condition in which abnormally large numbers of bacteria (usually defined as at least 100,000 bacteria per ml of fluid) are present in the small intestine and the types of bacteria in the small intestine resemble more the bacteria of the colon than the small intestine. There are many conditions associated with SIBO including diabetes, scleroderma, Cohn's disease, and others. There is also striking similarity between the symptoms of irritable bowel syndrome and SIBO. It has been theorized that **SIBO** may be responsible for the symptoms of at least some patients diagnosed with irritable bowel syndrome.

The symptoms of SIBO are abdominal bloating or distension, gas, diarrhea, and abdominal pain. In advanced cases, there may be vitamin and mineral deficiencies and weight loss.

SIBO may be caused by dysfunction of intestinal nerves or muscles, intestinal obstruction, or the presence o f a blind loop syndrome. SIBO is treated with antibiotics, probiotics, or a combination of both.

IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS)

Irritable bowel syndrome is a chronic, relapsing and often life-long disorder. The people most commonly affected are those aged 20-30 years. It is twice as common in women as in men.

It does not predispose patients to other chronic or life-threatening disease and does not shorten the lifespan; however, IBS does disrupt the quality of life. Diagnosis is usually established by the Rome III criteria. However, many patients whose condition does not fulfill the exact criteria may have a variant of IBS and will respond to a similar treatment approach. Symptoms are often associated with eating (specific food triggers), or psychologic stressors, and lifestyle changes may have a key role in therapy.

There is still no specific treatment regarding IBS. It is usually treated symptomatically. Not many treatment methods have proven effectiveness in terms of overall alleviate the symptoms. There is no one particular method for the treatment of patients with moderate and severe symptoms. Mild symptoms usually goes controlled with symptomatic treatment.

Sytuacje wymagające pilnego działania:

Obecność objawów alarmowych, w tym postępującego bólu, bólu zakłócającego sen, uporczywych nudności i wymiotów, krwawe wymioty lub krew w stolcu, dodatni test na krew utajoną w kale, anemia, gorączka, utrata masy ciała lub anoreksja, które nie występują z zespołem jelita drażliwego, mogą oznaczać inną diagnozę.

W szczególności, oznaki o krwawienia, w tym krwawe wymioty wymagają pilnej lub awaryjnej endoskopii.

CELIAKIA

Znana również, jako glutenozależna choroba trzewna lub enteropatia z nadwrażliwości na gluten – jest pokarmowym i autoimmunologicznym zaburzeniem, które powoduje uszkodzenie błony śluzowej jelita cienkiego, podczas spożywania żywności z glutenem. Gluten jest formą białka znalezionego w pewnych ziarnach. Uszkodzenie jelit utrudnia wchłanianie substancji odżywczych, zwłaszcza tłuszczów, wapnia, żelaza oraz kwasu foliowego.

Objawy różnią się w zależności od przypadku i są to:

- Problemy z trawieniem (wzdęcia brzucha, ból, gazy, biegunka czy utrata masy ciała);
- Ciężka wysypka zwana opryszczkowym zapaleniem skóry
- Niedokrwistość z niedoboru żelaza;
- Problemy układu mięśniowo-szkieletowego (skurcze mięśni, bóle stawów i kości);
- Problemy wzrostu i brak rozwijać (u dzieci);
- Drgawki;
- Uczucie mrowienia w nogach (spowodowane uszkodzeniem nerwów i niskim poziomem wapnia);
- Owrzodzenia jamy ustnej;
- Zaburzenia menstruacyjne.

Celiakia może wpływać na podatność na inne problemy zdrowotne, w tym:

- Osteoporoza;
- Poronienie lub bezpłodność;
- Wady wrodzone, takie jak wady cewy nerwowej;
- Napady padaczkowe;
- Problemy wzrostu u dzieci;
- Rak jelita (bardzo rzadko).

Osoby chore na celiakię mogą mieć inne choroby autoimmunologiczne, w tym:

- Choroby tarczycy;
- Cukrzyca typu I;
- Toczeń;
- Reumatoidalne zapalenie stawów;
- Zespół Sjögrena.

Odstawienie glutenu z diety zazwyczaj poprawia stan w ciągu kilku dni i ostatecznie kończy objawy chorobowe. W większości przypadków kosmki jelitowe goją się w ciągu sześciu miesięcy.

CHOROBY ZAPALNE JELIT

Choroby zapalne jelit mogą się umiejscawiać w ścianach jelita cienkiego lub grubego, na całej ich długości lub w określonym jego odcinku. W wielu przypadkach do choroby dochodzi na skutek łatwego kontaktu dużej powierzchni jelit z ogromną liczbą czynników chorobowych, które dostają się z pokarmem. Zapalenie może mieć przebieg gwałtowny lub przewlekły.

Przyczyną chorób zapalnych są najczęściej:

– Zła dieta, zatrucia (metale ciężkie, grzyby niejadalne);
– Zakażenia drobnoustrojami (bakteryjne, wirusowe, itp.);
– Pasożyty przewodu pokarmowego;
– Leki;
– Alergeny pokarmowe;
– Choroby zapalne o podłożu immunologicznym.

Urgent action requiring intervention:

The presence of alarm symptoms, including progressive pain, pain that disturbs sleep, persistent nausea and vomiting, hematochezia or melenic stools, fecal occult blood positivity, anemia, fever, weight loss, or anorexia, is not compatible with IBS and could denote a different diagnosis.

In particular, signs of active bleeding, including hematemesis or hematochezia, require urgent or emergency endoscopy.

CELIAC DISEASE

Is also known as celiac sprue or gluten-sensitive enteropathy - is a digestive and autoimmune disorder that results in damage to the lining of the small intestine when foods with gluten are eaten. The damage to the intestine makes it hard for the body to absorb nutrients, especially fat, calcium, iron, and folate.

Symptoms of celiac disease vary among sufferers and include:

- Digestive problems (abdominal bloating, pain, gas, diarrhea or weight loss)
- A severe skin rash called dermatitis herpetiformis
- Iron deficiency anemia
- Musculoskeletal problems (muscle cramps, joint and bone pain)
- Growth problems and failure to thrive (in children)
- Seizures
- Tingling sensation in the legs (caused by nerve damage and low calcium)
- Aphthous ulcers
- Missed menstrual periods

Celiac disease can leave a person susceptible to other health problems, including:

- Osteoporosis;
- Miscarriage or infertility;
- Birth defects, such as neural tube defects;
- Seizures;
- Growth problems in children because they don't absorb enough nutrients;
- Cancer of the intestine (very rare).

People who have celiac disease may have other autoimmune diseases, including:

- Thyroid disease
- Type 1 diabetes
- Lupus
- Rheumatoid arthritis
- Sjögren's syndrome

Dropping gluten from the diet usually improves the condition within a few days and eventually ends the symptoms of the disease. In most cases, the villi are healed within six months.

INTESTINAL INFLAMMATORY DIESEASES

Intestinal inflammatory disease may occur within the walls of the intestine. It can affect the whole bowel length or its particular section. In many cases, the diseases are caused by large number of dangerous agents from food easily contacting intestine surface.

Inflammation may be acute or chronic.

Causes of inflammation are:

– Wrong diet, intoxication (heavy metals, non-edible mushrooms)
– Microbial infections (bacterial, viral)
– Gastrointestinal parasites
– Medicines
– Food allergens
– Inflammatory diseases on the immune background

CHOROBA ZAPALNA JELIT

Choroba zapalna jelit (IBD) jest grupą chorób zapalnych jelita grubego i jelita cienkiego. Choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego są głównymi typami choroby zapalnej jelit i zaliczają się do chorób autoimmunologicznych.

WRZODZIEJĄCE ZAPALNENIE JELITA GRUBEGO

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest przewlekłą chorobą, która powoduje stan zapalny i owrzodzenia wewnątrz błony śluzowej jelita, obejmującą okrężnicę i odbytnicę. Zapalenie to powoduje ubytki w wyściółce okrężnicy, co prowadzi do krwawienia, produkcji ropy, biegunek i dyskomfortu w obrębie brzucha.

Przyczyna nie jest znana. Osoby z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego mają nieprawidłowości w układzie odpornościowym, ale czy te problemy stanowią przyczynę czy wynik choroby pozostaje niejasne. Przy tej chorobie, system odpornościowy reaguje anormalnie na występujące w przewodzie pokarmowym bakterie. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego czasami występuje rodzinnie, a badania naukowe wykazały więcej anomalii genetycznych u osób cierpiących na tę chorobę.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego nie ma podłoża emocjonalnego, ale stres życia z chorobą może przyczynić się do nasilenia objawów.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego może wystąpić u ludzi w każdym wieku, ale zazwyczaj rozwija się w wieku 15 do 30 lat, rzadziej u osób pomiędzy 60 a 80 rokiem życia. Choroba dotyka zarówno mężczyzn, jak i kobiety. Osoby z przypadkiem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w rodzinie lub u krewnych pierwszego stopnia, narażone są na większe ryzyko wystąpienia choroby.

Objawy:

Najczęstszymi objawami są dyskomfort w obrębie brzucha oraz biegunka z krwią lub ropą. Inne objawy to:

- niedokrwistość,
- zmęczenie,
- gorączka,
- nudności,
- utrata masy ciała,
- utrata apetytu,
- krwawienie z odbytu,
- utrata płynów ustrojowych i składników odżywczych,
- zmiany skórne,
- zaburzenia wzrostu u dzieci.

Większość osób z rozpoznanym wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego ma objawy łagodne do umiarkowanych. U około 10 procent objawy są poważne, takie jak częste gorączki, krwawa biegunka, nudności i ciężkie skurczów brzucha. Choroba może również powodować inne problemy, takie jak bóle stawów, podrażnienie oczu, kamienie nerkowe, choroby wątroby i osteoporozę.

Sposób leczenia:

- Aminosalicylany;
- Kortykosteroidy ;
- Środki immunomodulacyjne.

CHOROBA LEŚNIOWSKIEGO-CROHNA

Choroba Leśniowskiego-Crohna może dotyczyć dowolnej części przewodu pokarmowego od jamy ustnej do odbytu. Trzy najpopularniejsze miejsca zaatakowania jelita w chorobie Leśniowskiego-Crohna to odcinek jelita krętego, krętniczo-okrężniczego i okrężnicy. Objawy często obejmują:

- Ból brzucha;
- Biegunkę, (która może być krwawa, gdy stan zapalny jest ciężki);
- Gorączkę i utratę masy ciała.

Inne powikłania mogą wystąpić poza układem pokarmowym i obejmują:

- Niedokrwistość;
- Wysypki skórne;

INFLAMATORY BOWEL DISEASE (IBD)

Inflammatory bowel disease (IBD) is a group of inflammatory conditions of the colon and small intestine. Crohn's disease and ulcerative colitis are the principal types of IBD and they fall into the class of autoimmune diseases.

ULCERATIVE COLITIS (UC)

Ulcerative colitis is a chronic disease that causes inflammation and ulcers in the inner lining of the large intestine, which includes the colon and the rectum This inflammation causes loss of the lining of the colon, leading to bleeding, production of pus, diarrhea, and abdominal discomfort.

The cause of UC is unknown. People with UC have abnormalities of the immune system, but whether these problems are a cause or a result of the disease is still unclear. With UC, the body's immune system reacts abnormally to bacteria in the digestive tract. UC sometimes runs in families and research studies have shown that certain gene abnormalities are found more often in people with UC.

UC is not caused by emotional distress, but the stress of living with UC may contribute to a worsening of symptoms.

Ulcerative colitis can occur in people of any age, but usually develops between the ages of 15 and 30 and less frequently between the ages of 60 and 80. The disease affects men and women equally. People with a family member or first-degree relative with an IBD are at higher risk for developing UC.

Symptoms:

The most common symptoms of UC are abdominal discomfort and blood or pus in diarrhea. Other symptoms include:

- anemia,
- fatigue,
- fever,
- nausea,
- weight loss,
- loss of appetite,
- rectal bleeding,
- loss of body fluids and nutrients,
- skin lesions,
- growth failure in children.

Most people diagnosed with UC have mild to moderate symptoms. About 10 percent have severe symptoms such as frequent fevers, bloody diarrhea, nausea, and severe abdominal cramps. UC can also cause problems such as joint pain, eye irritation, kidney stones, liver disease, and osteoporosis.

Medical therapy:

- Aminosalicylates
- Corticosteroids
- Immunomodulatory agents

CROHN'S DISEASE

Crohn's disease may affect any part of the gastrointestinal tract from mouth to anus. The three most common sites of intestinal involvement in Crohn's disease are ileal, ileocolic and colon.

Symptoms often include:

- Abdominal pain;
- Diarrhea (which may be bloody if inflammation is severe);
- Fever and weight loss.

Other complications may occur outside the gastrointestinal tract and include:

- Anaemia;
- Skin rashes;

• Zapalenie stawów;
• Zapalenie oka;
• Zmęczenie;
• Niedrożność jelit (większe ryzyko zachorowania na raka jelita grubego).

Nie ma żadnych leków lub procedur chirurgicznych, które mogą wyleczyć tę chorobę. Dostępne opcje leczenia pomagają w objawach, utrzymują remisję i zapobiegają nawrotom.

Choroba Leśniowskiego-Crohna wywołana jest przez kombinację czynników immunologicznych, bakteryjnych i środowiskowych u osób podatnych genetycznie. Powoduje to przewlekłe zaburzenia zapalne, w których układ odpornościowy atakuje przewód pokarmowy. Choroba Leśniowskiego-Crohna jest chorobą o podłożu immunologicznym, ale dokładny problem braku tej odporności nie jest jasny.

Sposób leczenia:
• Aminosalicylany;
• Kortykosteroidy;
• Środki immunomodulujące.

Operacje:
• Kolektomia częściowa;
• Kolektomia z zespoleniem jelitowo-odbytniczym;
• Proktokolektomia całkowita z ileostomią końcową;
• Proktokolektomia odtwórcza;
• Resekcja odcinka kątniczo-krętniczego.

RAK JELITA GRUBEGO

Zazwyczaj rozpoczyna się, jako niezłośliwy polip, który z czasem staje się guzem nowotworowym.

Czynniki ryzyka raka jelita:
• Polipy (nowotworowe lub przednowotworowe związane z procesem starzenia)
• Wiek;
• Choroba zapalna jelit (IBD);
• Dieta bogata w tłuszcze nasycone;
• Historia raka;
• Otyłość;
• Palenie.

Objawy raka jelita grubego obejmują:
• Zmiany w funkcjonowaniu jelit: biegunka, zaparcia lub uczucie, że jelita nie zostały całkowicie opróżnione
• Jasna czerwona lub ciemna krew w stolcu
• Stolec węższy i cieńszy niż zwykle
• Dyskomfort w jamie brzusznej, w tym częste bolesne gazy, wzdęcia, uczucie pełności i skurcze
• Niewyjaśniona utrata masy ciała, ciągłe zmęczenie, niewyjaśniona anemia

Ocena zaawansowania raka jelita grubego

Stadium 0

Jest to bardzo wczesne stadium raka. Nowotwór znajduje się tylko w błonie śluzowej

Stadium I

Nowotwór rozprzestrzenił się poza błonę śluzową do drugiej i trzeciej warstwy i zajął wewnętrzną ścianę jelita. Rak nie rozprzestrzenił się jednak na zewnątrz ściany jelita.

Stadium II

Guz przechodzi przez ścianę mięśni okrężnicy, ale nie ma przerzutów do węzłów chłonnych.

Stadium III

Nowotwór rozprzestrzenił się poza jelito do jednego lub większej liczby węzłów chłonnych.

Stadium IV

Nowotwór rozprzestrzenił się poza jelito do innych części ciała, takich jak wątroba czy płuca. Guz może być dowolnej wielkości, węzły chłonne mogą być zaatakowane lub nie.

• Arthritis
• Inflammation of the eye
• Tiredness
• Bowel obstruction (greater risk of bowel cancer)

There are no medications or surgical procedures that can cure Crohn's disease. Treatment options help with symptoms, maintain remission, and prevent relapse.

Crohn's disease is caused by a combination of immune, bacterial and environmental factors in genetically susceptible individuals. It results in a chronic inflammatory disorder, in which the body's immune system attacks the gastrointestinal tract. Crohn's is an immune related disease but the exact underlying immune problem is not clear.

Medical therapy:
• Aminosalicylates;
• Corticosteroids;
• Immunomodulatory agents.

Surgeries:
• Segmental colectomy;
• Abdominal colectomy with ileorectal anastomosis;
• Total proctocolectomy with end ileostomy;
• Total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis;
• Ileocecal resection.

COLORECTAL CANCER

Usually begins as a noncancerous polyp that can, over time, become a cancerous tumor.

Risk factors for colorectal cancer are:
• Polyps (a noncancerous or precancerous growth associated with aging)
• Age
• Inflammatory bowel disease (IBD)
• Diet high in saturated fats
• Personal or family history of cancer
• Obesity
• Smoking

Symptoms for colorectal cancer include:
• A change in bowel habits: diarrhea, constipation, or a feeling that the bowel does not empty completely
• Bright red or dark blood in the stool
• Stools that appear narrower or thinner than usual
• Discomfort in the abdomen, including frequent gas pains, bloating, fullness, and cramps
• Unexplained weight loss, constant tiredness, or unexplained anemia

Colorectal Cancer Staging:

Stage 0

Stage 0 cancer of the colon is very early cancer. The cancer is found only in the in the mucosa

Stage I

The cancer has spread beyond the mucosa of the colon to the second and third layers and involves the inside wall of the colon. The cancer has not outside the colon.

Stage II

The tumor extends through the muscular wall of the colon, but there is no metastases in the lymph nodes.

Stage III

The cancer has spread outside the colon to one or more lymph nodes.

Stage IV

The cancer has spread outside the colon to other parts of the body, such as the liver or the lungs. The tumor can be any size and may or may not include affected lymph nodes.

Ciekawostki medyczne

Opr. Ewelina Wójcik

Implant – przyszłość w leczeniu raka

Nowotwór – *Jest to złożony proces patologiczny przebiegający w komórce prawidłowej, która przestaje podlegać normalnym mechanizmom kontrolującym wzrost i różnicowanie komórek. Początkowo dzieje się to w miejscu pierwotnej zmiany, potem dochodzi do naciekania otaczających tkanek, wreszcie do przemieszczania i namnażania się zmienionych komórek w miejscach odległych (tworzą się przerzuty). W języku potocznym utarło się mówić „rak" na wszystkie nowotwory złośliwe, ponieważ najczęstszymi nowotworami złośliwymi są właśnie raki (ponad 90%). Nowotwory klasyfikuje się według typu komórki, z której powstają.*

Dobrze znana definicja choroby nowotworowej będzie wstępem do artykułu, poświęconego innowacyjnej metodzie walki z tą bardzo często niewyleczaną chorobą. Dzięki badaniom prowadzonym przez studentkę z Wydziału Chemii Politechniki Śląskiej w Gliwicach, zbliżamy się do odkrycia nowej metody walki z nowotworem. Jak wiadomo, najskuteczniejszym jak dotąd sposobem leczenia tej choroby jest całkowite chirurgiczne usunięcie zmiany, jednakże nie zawsze jest to możliwe. Wielokrotnie lekarze spotykają się z przypadkiem, gdy guz umiejscowiony jest w pobliżu nerwów, które uciska, a usunięcie zmiany może spowodować zagrożenie dla życia pacjenta.

W takich przypadkach wyjściem z sytuacji może okazać się metoda leczenia implantami, na czym ona polega?

Otóż wspomniany wcześniej implant, który składa się z polimerów, nasączony wcześniej lekiem, (polimery są to wiązki organiczne, mogące przewodzić prąd) umieszczany jest w pobliżu komórek nowotworowych i dzięki impulsowi elektrycznemu uwalnia dawkę substancji leczniczej.

Dzięki tej metodzie leczenia, lekarze będą mogli kontrolować dawkę leku, jaką otrzyma pacjent. Pozwoli ona na uniknięcie dużego zniszczenia zdrowych komórek, jak ma to miejsce przy standardowej chemioterapii. Trwają badania nad tą innowacyjną metodą leczenia, sprawdzane są warunki, jakie musi spełniać implant, aby mógł przenosić konkretny rodzaj leku, gdyż jak wiadomo każdy lek ma inną strukturę, rozpuszczalność a jego uwalnianie będzie przebiegało inaczej. Dlatego badania muszą być prowadzone dla każdego leku oddzielnie. Pozostaje pytanie, **w jaki sposób dostarczyć prąd do implantu, tak aby rozpoczął się proces uwalniania leku?**

Wynalazczyni uspokaja, że jest to dość proste, dzięki wszechobecnej miniaturyzacji, na skórze pacjenta można umieścić niewielki nadajnik, który generowałby pole elektryczne, dzięki czemu lekarz będzie w stanie sterować kurczeniem się polimeru. Gdy guz po pewnym czasie zmniejszy objętość, będzie możliwe usunięcie go wraz z implantem.

Do rozpoczęcia badań klinicznych jeszcze długa droga, jednak nadzieja na skuteczną pomoc osobom dotkniętym chorobą nowotworową jest coraz bardziej realna.

KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

ZAPRASZAMY
NA
KONFERENCJE
I SZKOLENIA

Jeśli będziecie mieć wątpliwości dotyczące rozliczania świadczeń z NFZ...,
Dzwońcie lub piszcie do nas. Powodzenia!

W następnym numerze:

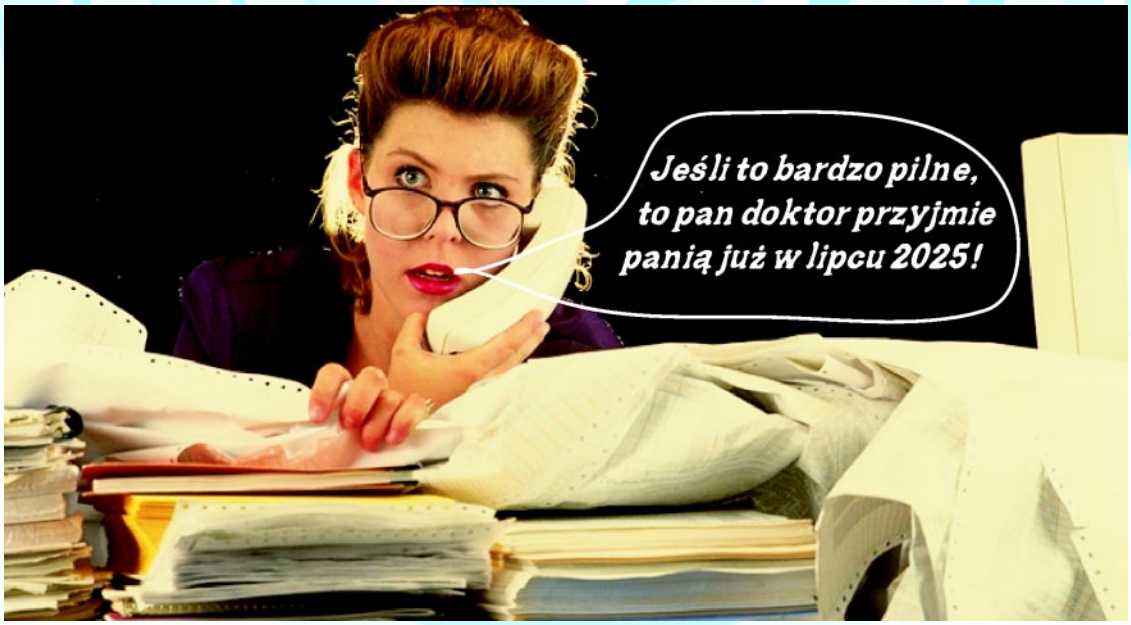
- Prawne możliwości egzekwowania od lekarzy prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej

- Pakiet onkologiczny w pytaniach i odpowiedziach

- Alfabet JGP - H

Ponadto:

- Felieton
- Kalejdoskop
- Wywiad w „Systemie”
- JGP w pytaniach i odpowiedziach
- Kalendarium i kolejne zmiany w rozliczaniu świadczeń



REDAKCJA:

Zespół redakcyjny:
Magdalena Siebielska, Dagmara Różyk
Łukasz Puchalski, Ewa Niś,
Rafał Janiszewski, Anna Janiszewska,
Emilia Sujkowska, Ewelina Wójcik,
Magdalena Moczulska

Zdjęcia - zespół

Adres redakcji:
Kancelaria Doradcza
Rafał Piotr Janiszewski,
Warszawa, ul. Wiejska 12/IV p.

ISSN 1898-3987

UWAGA:
Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych. Zastrzega sobie jednocześnie prawo do ich redagowania i ewentualnie skracania.

Redakcja
nie przyjmuje zleceń reklamowych

tel. (22) 745 53 60, fax (22) 625 73 99
e-mail: system@iuz.org.pl
www.kancelariajaniszewski.pl

www.kancelariajaniszewski.pl/system

PRENUMERATA

Zamów System

Zamawiam bezpłatną edycję kwartalnika "System"

Kwartalnik "System"
można zamówić, drogą mailową
wysyłając wiadomość na adres:
system@iuz.org.pl,
lub kontaktując się z nami
telefonicznie
pod numer kom. 697 602 707

IMIĘ I NAZWISKO LUB PEŁNA NAZWA PLACÓWKI/FIRMY

ADRES POCZTOWY

ADRES WYSYŁKI PRENUMERATY - JEŚLI JEST INNY NIŻ POWYŻEJ

TELEFON KONTAKTOWY

E-MAIL

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Kancelarię Doradczą Rafał Janiszewski z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 12/IVp. w celu realizacji niniejszego zamówienia oraz do celów marketingowych. Każdej osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania

Redakcja Kwartalnika "System"
Kancelaria Doradcza
Rafał Piotr Janiszewski
ul. Wiejska 12/IVp.
00-490 Warszawa

KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski
00-490 Warszawa, ul. Wiejska 12,
tel. 22 745 53 60, fax 22 625 73 99
www.kancelaria.janiszewski.med.pl

System

Czy korzystnie rozliczasz się z NFZ?

SPRAWDŹ, CZY MOŻNA LEPIEJ?

Ile zależy od jakości prowadzonej dokumentacji medycznej?

Z nami unikniesz kosztownych błędów

Najczęściej proponowane przez nas rozwiązania:

▼

- szkolenie personelu medycznego
- indywidualne konsultacje dla lekarzy w oddziałach, doradztwo w zakresie prawidłowości dokumentowania i rozliczania świadczeń
- comiesięczna weryfikacja dokumentacji w oddziale przed oddaniem do rozliczenia do działu statystyki
- wypracowanie procedur odpowiedzialności za dokumentację medyczną
- cykliczne szkolenia i warsztaty dla zespołów rozliczeniowych szpitala w celu aktualizacji wiedzy o JGP
- comiesięczne audyty oddziałów wraz z prezentacją wyników i warsztatami dla personelu medycznego

Udzielamy bezpośredniej pomocy w dokumentowaniu i rozliczaniu świadczeń, a koszt naszej podstawowej obsługi nie przekracza miesięcznego kosztu jednego pracownika administracyjnego.